

TRANSIÇÃO PARA O PAPEL MATERNAL

**A EXPERIÊNCIA VIVIDA DE MULHERES COM PROBLEMAS DE ADIÇÃO A
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Carolina Miguel Graça Henriques

Orientador(es): Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho

Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

com a colaboração da



**TRANSIÇÃO PARA O PAPEL MATERNAL
A EXPERIÊNCIA VIVIDA DE MULHERES COM PROBLEMAS DE ADIÇÃO A SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

Carolina Miguel Graça Henriques

Orientador(es): Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho

Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Professor Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutora Ana Maria Baptista Oliveira Dias Malva Vaz, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco;
- Doutora Maria Neto da Cruz Leitão, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Doutor António José Feliciano Barbosa, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Leonor Lamas Oliveira Xavier, Professora Associada com Agregação da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa;
- Doutor Paulo Jorge Granjo Simões, Investigador Auxiliar do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Antónia Miranda Rebelo Botelho Alfaro Velez, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, orientadora;
- Doutora Patrícia Carla da Silva Pereira, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Aos meus pais

Aos meus filhos, Carolina e Sol

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é resultado do envolvimento, esforço e da minha dedicação, no entanto, este envolve a colaboração direta ou indireta de familiares e amigos.

Deixo o meu profundo sentimento de reconhecimento à Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho e à Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino, orientadoras científicas do trabalho, pela disponibilidade, compreensão e paciência, bem como pelos ensinamentos e aconselhamento manifestado, pelas sugestões e críticas que em muito contribuíram para a conclusão deste trabalho.

O meu especial agradecimento à Dr.^a Cristina Barroso e ao Enfermeiro João Balau, que desde o primeiro momento apoiaram e acompanharam a realização desta investigação.

Agradeço ainda ao Dr. José Manuel Azenha Tereso, Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro e ao Dr. Rocha Almeida, Coordenador do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, por terem concedido a sua autorização face à investigação proposta, entendendo-a como interessante, inovadora e de particular relevância.

Os meus agradecimentos e uma palavra de apreço aos meus amigos e colegas Catarina Lobão, Clarisse Louro, Célia Jordão, Clementina Gordo, Daniela Vaz, Elsa Soares, Eva Menino, Elisa Caceiro, João Frade, José Carlos Quaresma, José Carlos Gomes, Mónica Leão, Pedro Sousa, Raquel Simões, Sónia Ramalho e Susana Custódio pela paciência demonstrada e por me aturarem nos momentos de insegurança e crise, sempre com uma visão lúcida e compreensiva. À Teresa Kraus por ter juntamente comigo realizado as traduções de excertos em língua alemã para a língua portuguesa. À Luísa Santos por abnegadamente aceitar ler e reler este trabalho (como tantos outros...).

À minha irmã do coração Paula Amado por estar sempre presente na minha vida. À minha outra irmã Raquel Simões por me acalantar em momentos mais difíceis. À D. Fernanda por cuidar de nós todos e a quem eu expresseo o meu profundo obrigado.

À minha família, especialmente aos meus pais, à Carolina e ao João Sol, ao meu tio Germano e Manuela por me acompanharem sempre, sem os quais este trabalho nunca teria sido possível.

Por fim, expresseo o meu agradecimento a todos os amigos e colegas de doutoramento que ao longo destes anos demonstraram compreender a sua importância e me apoiaram quando necessário.

RESUMO

As trajetórias de vida das mulheres e os seus contextos parecem determinar representações normalizadoras da transição para o papel maternal, afastando-nos da conceção da experiência singular do fenómeno da transição para o papel maternal.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal, de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho. A investigação situa-se numa metodologia qualitativa, de desenho fenomenológico e interpretativo, assente nos contributos conceptuais de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer, tendo-se realizado entrevistas com uma abordagem não estruturada.

Debruçámo-nos sobre catorze narrativas de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, partindo de encontros significativos com estas, através de uma escolha propositada e intencional orientada pelas propostas apresentadas pelas equipas de enfermagem que constituem três Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da Região Centro de Portugal. No processo de análise dos dados colhidos recorreremos aos pressupostos processuais de Van Manen.

O fenómeno da transição para o papel maternal nestas mulheres revela-se e desvela-se nas suas histórias de consumos (O Situar-se na História de Consumos), num passado (O Situar-se no seu Passado) que lhes permite valorizar o presente e projetarem-se num futuro (Valorizar o Presente e projetar o Futuro), no sentirem-se ora desinvestidas e não cuidadas (O Sentir-se Desinvestida/Não Cuidada) ora investidas e cuidadas por outros (O Sentir-se Investida/Cuidada), no seu projeto de maternidade (O Situar-se no Projeto de Maternidade) e na díade mãe-filho (O Situar-se na Díade Mãe-Filho).

Através deste estudo, os enfermeiros poderão aceder à experiência vivida destas mulheres e com estes achados melhorar e desenvolver a sua intervenção. Para além disso, este estudo propõe-se iniciar o caminho da reflexão sobre as respostas que estas mulheres dão aos seus processos de vida, contribuindo para clarificar algumas ideias estereotipadas, que possibilitem um cuidar em enfermagem mais genuíno e humano, constituindo-se simultaneamente na possibilidade de 'dar voz' a estas mulheres.

Palavras-Chave: Transição; Maternidade; Experiência Vivida; Adição; Fenomenologia; Enfermagem.

ABSTRACT

The life trajectories of women and their contexts seem to determine normalizing representations of the transition to the maternal role, moving away from the conception of the unique experience of the phenomenon of transition to the maternal role. This research aims to understand the lived experience of the transition to the maternal role of women with problems of addition to psychoactive substances, from pregnancy to the first year of life of the child. The research is based on a qualitative methodology, with a phenomenological and interpretative design, based on the conceptual contributions of Martin Heidegger and Hans-Georg Gadamer, and interviews were conducted with an unstructured approach.

We have focused on fourteen narratives of women with problems of psychoactive substance addition, from pregnancy to the first year of the child's life, starting from meaningful encounters with these, through a deliberate and intentional choice guided by the proposals presented by the nursing teams that constitute three Specialized Technical Treatment Teams of the Central Region of Portugal. In the process of analyzing the collected data, we used the procedural assumptions of Van Manen.

The phenomenon of the transition to the maternal role in these women is revealed and unveiled in their stories of consumption (The Situation in the History of Consumption), in the past (The Situation in their Past) that allows them to value the present and to project themselves into a future (Valuing the Present and projecting the Future), not feeling themselves disinterested and uncared for (Being Feeling Disinterested / Not Careful) now invested and cared for by others (Feeling Involved / Careful) , in her maternity project (The Situation in the Maternity Project) and in the mother-child dyad (The Situation in the Mother-Son Dyad).

Through this study, nurses can access the lived experience of these women and with these findings improve and develop their intervention. In addition, this study proposes to start the path of reflection on the responses that these women give to their life processes, contributing to clarify some stereotyped ideas, that allow nursing care to be more genuine and humane, possibility of 'giving voice' to these women.

Keywords: Transition; Maternity; Living Experience; Addition; Phenomenology; Nursing.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

OEDT – Observatório Europeu de Drogas e da Toxicodependência

APA – American Psychological Association

IDT, IP – Instituto da Droga e da Toxicodependência

CRI – Centro de Respostas Integradas

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Toxicodependências

PTAO – Programas Terapêuticos com Antagonistas Opiáceos

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

N – Narrativa

ET – Equipa de Tratamento

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – DA CONCEPTUALIZAÇÃO AO QUESTIONAMENTO...	4
1. O Outro...Esse Ser...	5
1.1 Do Ser-no-Mundo ao Fenómeno em Estudo...	10
1.2 Da Possibilidade de Conceptualizar à Compreensão do Fenómeno...	12
1.3 Contexto e Contextos...	21
1.4 Objetivos do Estudo e Questão de Investigação	26
PARTE II – O CAMINHO DA PROCURA DO SENTIDO DO SER...	29
2. Orientação Metodológica do Estudo...	30
2.1 O Sujeito Investigador	33
2.2 As Participantes	35
2.3 Colheita dos Dados	36
2.4 Processo metodológico de análise dos dados	38
2.5 Questões Éticas	40
PARTE III – O ENCONTRO COM O FENÓMENO...	43
3. Tornar Refletido o Pré-Refletido...A Experiência Vivida	44
3.1 Viagens a Dois	45
3.2 Como é que o Outro se Torna Presente...	47
3.3 Das Narrativas ao Sentido do Ser...Síntese	107
PARTE IV - O CÍRCULO...	116
4. A Desocultação...	117
4.1 Do Todo a partir do Singular e do Singular a partir do Todo...Ao Fenómeno	118
4.2 O Investigador...O Seu Sentir	136
4.3 Implicações do Estudo	142
4.4 Considerações Finais	144
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
Anexos	
Anexo I – Referenciação de Potenciais Participantes	
Anexo II – Consentimento e Termo de Aceitação	
Anexo III – Autorização pela Administração Regional de Saúde do Centro	

Anexo IV – Parecer do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Anexo V – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

Índice de Esquemas

		Página
Esquema 1	Representação esquemática do enquadramento conceptual	20
Esquema 2	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Dora</i> (N1)	53
Esquema 3	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Ana</i> (N2)	58
Esquema 4	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Maria</i> (N3)	62
Esquema 5	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Irene</i> (N4)	69
Esquema 6	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Raquel</i> (N5)	72
Esquema 7	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Sandra</i> (N6)	76
Esquema 8	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Patrícia</i> (N7)	80
Esquema 9	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Nélia</i> (N8)	85
Esquema 10	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Cristina</i> (N9)	88
Esquema 11	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Carla</i> (N10)	92
Esquema 12	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Inês</i> (N11)	95
Esquema 13	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Paula</i> (N12)	98
Esquema 14	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Carlota</i> (N13)	102
Esquema 15	Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante <i>Aurora</i> (N14)	106
Esquema 16	Representação esquemática dos temas essenciais que emergem da busca da compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho.	135

Índice de Figuras

		Página
Figura 1	Women Emerging From The Water (Hula Paintings)	119
Figura 2	O Encontro	123

INTRODUÇÃO

O fenómeno da transição para o papel maternal é possivelmente um dos fenómenos da existência humana mais marcantes. A transição para o papel maternal é logo à partida marcada por um conjunto de momentos, que se iniciam na gravidez e se perpetuam com o desenvolvimento e crescimento dos filhos. No entanto, sabemos que se por um lado a gravidez implica um processo de ajustamento físico e psicológico, os momentos que lhe sucedem, como o parto, o período pós parto e os primeiros anos de vida dos filhos, implicam a superação de um conjunto de desafios e tarefas adaptativas que irão marcar a transição para o papel maternal (Canavarro, 2001; Mercer, 2004; Rubin, 1984). Se na gravidez e maternidade é esperado que a mulher se reorganize atendendo ao desempenho de um novo papel e com este se sinta feliz e realizada, nem sempre este processo decorre de uma forma tão 'normalizadora' como esperado.

Situando o Ser Humano como um ser-no-mundo, o homem é um ser-com-outro, com consciência do seu eu e da sua própria identidade, que se relaciona com outros seres (Heidegger, 2006). É através da experiência vivida (Dilthey, 1989), que nos é dada a possibilidade de aceder à relação do sujeito-mundo, constituindo-se esta relação como uma realidade pré-refletida e autobiográfica (Dilthey, 1989), onde o Ser Humano se envolve com o mundo num determinado tempo e numa situação do mundo como é a transição para o papel maternal. A vulnerabilidade a que algumas mulheres estão expostas, como no caso da adição a substâncias psicoativas quando ficam grávidas e se tornam mães, determina que se questione a forma como o fenómeno da transição para o papel maternal é vivido por estas mulheres, na possibilidade de compreensão e desocultação deste fenómeno (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015), a enfermagem é a profissão que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Os enfermeiros devem proporcionar cuidados significativos, perspetivando os seres humanos como sujeitos vivenciados (Watson, 2002).

O objetivo geral deste estudo é compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, tendo sido esboçados objetivos específicos tendo por base marcos temporais (momentos) na experiência vivida destas mulheres, nomeadamente:

- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento da gravidez;
- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento do trabalho de parto e parto;
- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento pós parto (até aos 30 dias após o nascimento da criança);
- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas durante o primeiro ano de vida do filho;

Face à nossa problemática definimos como questão orientadora da nossa pesquisa: Qual é Experiência Vivida da Transição para o Papel Maternal de Mulheres com Problemas de Adição a Substâncias Psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho?

Orientados pelos trabalhos de Martin Heidegger (2006) e Hans-Georg Gadamer (2004) para uma busca da compreensão como totalidade, entendemos que esta pesquisa se situa no paradigma de desenho fenomenológico e interpretativo. Trata-se ainda, de um estudo transversal e retrospectivo no que respeita à colheita de dados. As participantes foram selecionados de forma intencional, tendo em conta os critérios de inclusão definidos. De acordo com a natureza deste estudo, foi selecionada a entrevista fenomenológica com uma abordagem não estruturada, com vista à obtenção de informação que permitiu conhecer e compreender o fenómeno. Com vista a orientarmo-nos no processo de análise dos dados acedidos, recorreremos aos pressupostos processuais de Van Manen (1990).

Com a finalidade de explorar a variabilidade da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, entendemos que só assim nos é possível compreender e desocultar a experiência contextual e significativa destas mulheres visível, para que estas possam ser consideradas como recetores ativos das ações do cuidador, nomeadamente dos enfermeiros.

Este trabalho encontra-se organizado em quatro partes. Numa primeira parte, debruçar-nos-emos sobre os marcos conceptuais que alicerçam esta investigação, clarificando a nosso entendimento sobre *O Outro...Esse Ser*, em que somente através dele, *Ser-no-Mundo*, conseguiremos centrar-nos no *Fenómeno em Estudo*, em que, através do *Contexto e Contextos* traçámos os *Objetivos do Estudo* e a nossa *Questão de Investigação*. Na segunda parte deste trabalho, revelamos o *Caminho tomado Da Procura do Sentido do Ser*, onde procuramos tornar claro o caminho por nós trilhado ao nível metodológico, situando, para além das *Participantes*, *O Sujeito Investigador* como um sujeito coparticipante nesta investigação. Apresentaremos o

processo de *Colheita dos Dados*, tal como o *Processo Metodológico de Análise dos Dados* e as *Questões Éticas* subjacentes.

Na terceira parte dar-se-á o *Encontro com o Fenómeno*, onde na procura de *Tornar Refletido o Pré-Refletido* focámo-nos na *Experiência Vivida*, só possível através de *Viagens a Dois*, onde o *Outro é e se Torna Presente*, emergindo *Das Narrativas ao Sentido do Ser* uma breve síntese. Na quarta parte, procuraremos *A Desocultação* através de um movimento de vaivém *Do Todo a partir do Singular e do Singular a partir do Todo*, centrando-nos no *Fenómeno em Estudo*, em que o *Investigador* faz brutar *O Seu Sentir*, permitindo-se chegar a algumas *Notas Conclusivas e Implicações do Estudo*.

Parte I – Da Conceptualização ao Questionamento...

... Aqui, desenvolvem-se e articulam-se as ideias que alicerçam e estão na génese desta investigação

1. O Outro...Esse Ser...

“O ente que temos a tarefa de analisar somos nós mesmos. O ser deste ente é sempre e cada vez meu. Em seu ser, isto é, sendo, este ente se comporta com o seu ser. Como um ente deste ser, a pre-sença se entrega à responsabilidade de assumir seu próprio ser. O ser é o que neste ente está sempre em jogo.”

(Heidegger, 2006, p. 77)

Através de encontros, a enfermagem tem a possibilidade de conhecer e compreender a dimensão humana, através da palavra, o outro...(esse ser)...narra estados físicos e estados de alma. Confrontando-se tantas e tantas vezes com o sofrimento e com a vulnerabilidade humana, é por meio da interpretação das narrativas do outro, que se constroem significados das experiências vividas por estes, permitindo realizar um ‘cuidado’ de enfermagem significativo.

... quem é ‘o outro’, esse ‘ser’, que se nos narra?

Heidegger, pensador de profundas definições sobre homem, elucida-nos de modo explícito sobre quem é este ente especial que existe em comum sobre a terra com outros seres, sejam estes homens, ou outros “simples” entes.

Centrando-se na reflexão sobre o ser, o conceito heideggeriano de homem, nomeado como *Dasein* (*pre-sença ou ser-aí, ser-no-mundo, ser-com-os-outros*), associa-se às concepções de angústia, autenticidade e inautenticidade, sendo a liberdade fator essencial ao homem, esse...um ser livre e capaz de vida autêntica, imerso na sociedade e preocupado com a construção do mundo à sua volta (Naves, 2009).

Para Heidegger (2006, p. 62), só o homem (*ser-aí*) existe, sendo este privilegiado, devido “a aceitação do dom da existência que lhe entrega a responsabilidade e a tarefa de ser e assumir esse dom”, uma vez que o homem só pode ser “compreendido a partir da sua existência, da possibilidade (que lhe é própria) de ser ou não ser ele mesmo”.

Considerando o erro da metafísica tradicional, o esquecimento do ser, Heidegger (2006) propõe-se inaugurar uma nova ontologia, procurando a compreensão do ser, tendo por base os procedimentos fenomenológicos herdados de Edmund Husserl.

Configurando-se a situação do homem como *clareira do ser*, onde este se esconde e se revela, *Dasein*, é marcado pela pre-sença, a qual, só é possível com fundamento no ser-no-mundo em geral (Heidegger, 2006). A compreensão do ser-no-mundo como estrutura essencial da presença é que possibilita a “visão penetrante da espacialidade existencial da presença” (Heidegger, 2006, p. 94). *Dasein*, este ser-no-mundo, é alguém que “espacializa”, por ser pre-sença no mundo no qual se encontra.

Não só vítima do acaso e do cotidiano, este ser-no-mundo é agente de transformação, capaz de organizar as coisas conforme as suas necessidades, pois, só este ente tem a capacidade de criar e dar total sentido aos seus projetos, exercendo assim as suas capacidades (Naves, 2009).

Para além destas características, o homem (*Dasein*) é um ser-no-mundo e um ser-com-o-outro, com consciência do eu, afirmação de si mesmo e da própria identidade, que interage com outros seres e se relaciona com estes, “(...) *o ser simplesmente dado é o modo de ser de um ente que não possui o carácter de pre-sença.*” (Heidegger, 2006, p. 165). O ser-no-mundo é uma experiência pessoal e intransferível, implicando obrigatoriamente ser alguém com o outro e para o outro (ser-com-outro). A base fundamental do ser-no-mundo é ser-com-o-outro, já que é a partir do outro que se forma a consciência do eu, a afirmação de si mesmo e da própria identidade (Naves, 2009).

Heidegger aponta-nos várias características de *Dasein*, salientando a preocupação um dos traços característicos deste, pois é esta característica que permite a interação do homem nas suas relações, inquietude, realização de atividades, definição de interesses e manifestação de necessidades, sendo esta última entendida por Giles (1975, p. 232) como “*a natureza mais íntima da existência humana*”.

Pelo exposto, se o conceito de preocupação permite ao homem a construção da sua verdadeira singularidade, o cotidiano e a relação com os outros (*ser-no-mundo e ser-com-o-outro*) pode, em muitas vezes, limitar a sua ipseidade (Bicca, 1997; Cardoso, 2002), não se realizando o homem verdadeiramente, já que segundo Heidegger (2006, p.164, p.178) “*Na maioria das vezes e antes de tudo, a pre-sença é absorvida por seu mundo. (...) Empenhando-se no mundo das ocupações, ou seja, também no ser-com-os-outros, a pre-sença também é o que ela própria não é*”. No entanto, atendendo a circunstâncias limitadoras do encontro verdadeiro consigo próprio, Heidegger aborda o conceito de angústia sendo este mais que um estado psicológico, um estado que permite ao homem sair de um cotidiano para o encontro consigo próprio, libertando-se (Naves, 2009).

“*A angústia singulariza a pre-sença em seu próprio ser-no-mundo que, na compreensão, se projeta essencialmente para possibilidades. (...) Na pre-sença, a angústia revela o ser para o poder ser mais próprio, ou seja, o ser-livre para a liberdade de assumir e escolher a si mesmo. A angústia arrasta a pre-sença para o ser-livre para.*” (Heidegger, 2006, p. 251-252).

Segundo Heidegger (2006), a transcendência associa-se ao conceito de liberdade ancorado na capacidade que o homem tem de se transcender, isto é, liberdade que o homem tem perante o seu mundo, na realização dos seus projetos e da sua existência, através de uma

nova maneira de ser e de se expressar, em que a consciência é a chave mestra para uma existência autêntica e com sentido. Só através da consciência o homem poderá eficazmente responder com autenticidade. Segundo Nunes (2002, p. 22), “*A decisão (Entschlossenheit) é uma escolha, e, se isso ocorre, angustio-me. Mas na angústia libera-se o poder-ser mais próprio, mais autêntico do Dasein*”.

Entendendo a liberdade como a pedra angular da existência de *Dasein*, a existência cria a essência, sendo somente através da liberdade que tal é possível, com vista a uma existência autêntica. Apropriando-se de si com liberdade e angústia, *Dasein*, é um ser em projeto e com possibilidades. Para Heidegger (2006, p.259), a inautenticidade caracteriza-se pela existência de influências que asfixiam o *Dasein* em seu mundo, retirando dele a responsabilidade das suas ações. Por sua vez, a escolha de um projeto implica a delimitação das possibilidades, sustentado pelas opções que dão mais significado à existência individual, inserido no mundo e em coletividade. Para além disto, a autenticidade de *Dasein* exige autodomínio face às possibilidades que a vida traz, onde não são os outros (*seres-ai*) que condicionam o pensar e agir, mas o próprio: “*A antecipação permite à pre-sença compreender que o poder-ser, onde o que está em jogo é o seu próprio ser, só pode ser assumido por ela mesma.*” (Heidegger, 2006, p. 47).

Consideramos que o pensamento heideggeriano possibilita a compreensão do indivíduo como ser com liberdade na construção do verdadeiro ‘*eu*’, sendo este um ser-no-mundo único em que a experiência vivida, nos permitirá aceder à relação e articulação que se estabelece entre o sujeito e o mundo, como realidade pré-refletida e autobiográfica, tendo por base o envolvimento integral do indivíduo com o mundo, vivida num determinado tempo, com consciência de si próprio, inteiro, situado, numa situação do mundo em particular (Dilthey, 1989).

A vida, entendida como um processo histórico e cultural, onde o homem dá sentido às suas experiências e vai construindo uma nova representação de si, enuncia que a experiência vivida é compreendida a partir de si própria, situada no contexto imediato da linguagem, costumes e formas jurídicas (Gadamer, 2004). A vida oferece ao Homem a experiência, em que através da sua compreensão, este se auto-apreende, regressa e se encontra a si mesmo.

Dentro de uma história e cultura, a experiência vivida expressa a relação do Homem com o mundo, sendo vivida num tempo e como uma realidade pré-refletida. Sendo o vivido experienciado autobiográfico, ela, a experiência, é transformada para além da imediaticidade, num conteúdo intemporal e numa recordação, entendido como aquilo que está guardado na memória - o que recorda uma experiência já vivida, o que expressa uma situação já passada (Makkreel & Rodi, 1985). Para Dilthey (1989) a experiência vivida é tida como objeto de

estudo, em que o conjunto complexo de dados num todo indivisível, cria um corpo de conhecimentos profundamente compreensivo e interpretativo,

“(…) só as suas ações, as exteriorizações objetivas da sua vida, os seus efeitos sobre os outros informam o homem acerca dele próprio; portanto, ele não aprende a conhecer-se senão pela via longa da compreensão. O que nós fomos, como evoluímos e nos tornámos no que somos, descobri-lo-emos através do modo como agíamos, através dos projetos de vida que outrora buscámos, consoante o nosso empenho numa atividade profissional, a partir de velhas cartas perdidas, de juízos sobre nós, pronunciados há largos dias. Em suma, é pelo processo da compreensão, através do esclarecimento da vida sobre si própria nas suas profundezas e, por outro lado, só nos compreendemos a nós próprios e aos outros, na medida em que integramos o conteúdo da nossa vida vivida em qualquer tipo de expressão de vida própria ou alheia”¹ (Dilthey, 1988, p.87).

A experiência humana, assente numa história e numa cultura, perfaz a relação deste consigo próprio e com o mundo, em que a realidade pré-refletida faz com que o Homem tome consciência de si situadamente (Dilthey, 1989). Na vida, pela reflexividade e interioridade, o Homem dá sentido à sua existência, estruturando as suas experiências num todo organizado e que estas se constituem como lembranças duradouras (Gadamer, 2004).

Entendendo que as ciências humanas têm por objeto a realidade histórico social da vida humana (Dilthey, 1949), a experiência vivida como fenómeno de estudo e investigação, conceptualiza o ser humano como um ser com autoconsciência, soberania de vontade e com responsabilidade pelas suas ações “...una capacidade de someterlo todo al pensamiento y de resistir a todo dentro del castillo de la persona...” (Dilthey, 1949, p. 14).

A experiência humana, complexa, una e totalitária, apresenta-se como o fim da linha da consciência humana, criando o entrecruzar das ciências humanas, “...La Relacion Deste Todo...”, com as ciências da natureza (Dilthey, 1949, p. 22), constituindo-se, por isso, um objeto de estudo que busca a compreensão e a interpretação, traduzindo-se em conclusões inacabadas e incompletas.

Entendendo que é através das experiências vividas que os indivíduos se reorganizam e transformam o modo de ser-no-mundo e com-o-mundo, a desocultação das mesmas traduz-se

¹ “[...] [N]ur seine Handlungen, seine fixierten Lebensäußerungen, die Wirkungen derselben auf andere belehren den Menschen über sich selbst; so lernt er sich nur auf dem Umweg des Verstehens selber kennen. Was wir einmal waren, wie wir uns entwickelten und zu dem wurden, was wir sind, erfahren wir daraus, wie wir handelten, welche Lebenspläne wir einst fasten, wie wir in einem Beruf wirksam waren, aus alten verschollenen Briefen, aus Urteilen über uns, die vor langen Tagen ausgesprochen wurden. Kurz, es ist der Vorgang des Verstehens, durch den Leben über sich selbst in seinen Tiefen aufgeklärt wird, und andererseits verstehen wir uns selber und andere nur, indem wir unser erlebtes Leben hineintragen in jede Art von Ausdruck eigenen und fremden Lebens.” Dilthey, W. (1988). L'édification du monde historique dans les sciences de l'esprit, Paris, Cerf, p.5. 4 GS, VII, p. 87.

no esforço de ir ao encontro daquilo que está para lá do que já é conhecido, fazendo o movimento do que é visível para o invisível.

Em Heidegger, o ato de desocultação, a abertura entre *Dasein* (*ser aí*) e os objetos que preenchem o mundo, desempenha a função da razão, portadora do real. A verdade está no combate entre a clareira e a ocultação, em que o próprio ser, a partir da sua essência, faz acontecer (Heidegger, 1977, 2008). Para Torres (2010), a desocultação procura buscar a significação real ou simbólica dissimulada nas franjas históricas e culturais desde que saibamos desvendá-la.

No ato de desocultar e dar sentido à experiência vivida, a escrita parece mediar o processo de distanciamento necessário à compreensão da experiência vivida (Ricoeur, 1986), em que a (re)interpretação do vivido se faz através da procura de sentido (de significado e expressão), numa tela una e única. Para este filósofo, a narrativa é uma operação mimética de três tempos (Mimese I, II e III), em que o tempo se torna humano num articulado narrativo (Ricoeur, 1913, 1994).

Desta forma e sob um eixo interpretativo, os fenómenos são estudados nas situações vividas pelas pessoas, enfatizando a compreensão do significado que os indivíduos atribuem às suas ações, indo ao encontro da premissa da prestação de cuidados de enfermagem individualizados, assente numa filosofia de compromisso moral para com o outro (Weaver & Olson, 2006). Como ciência humana, a enfermagem debruça-se sobre as experiências humanas nos processos de saúde-doença, procurando a compreensão das mesmas, tal como são vivenciadas pelos indivíduos (Meleis, 2011; Watson, 2002, 2004, 2012).

A partir da experiência vivida os indivíduos transformam perspetivas e agem mudanças (Parse, 1998), sendo que pelo conhecimento das mesmas, os enfermeiros acedem a um conhecimento singular, possibilitando um cuidado significativo atento às perspetivas das pessoas e das suas necessidades na experiência humana de saúde (Newman, Sime & Corcoran-Perry, 1991).

O enfermeiro ajuda os indivíduos a encontrarem significado na sua existência, promovendo o autocontrolo, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença (Watson, 2002, 2004, 2012). Para Meleis (2011, p.107), o cliente deve ser perspetivado como um “(...) *ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio*”.

Assim, compreender os focos que centralizam as experiências vividas dos seres humanos a quem os enfermeiros prestam cuidados, permitirá a estes profissionais ir ao

encontro dos padrões de resposta e variabilidades das experiências humanas na saúde e na doença, fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e para a clarificação da disciplina (Carter & Little, 2007).

1.1 Do Ser-no-Mundo ao Fenómeno em Estudo...

Perspetivando o Ser Humano como ser no mundo e com este, o homem é a porta de acesso ao ser, sempre aberto para se tornar algo novo. O presente determina aquilo que ele pretende fazer no futuro, fora e diante de si, em que a temporalidade une a essência com a existência e o situa num passado e num presente.

Unitário no mundo da experiência vivida, os seres humanos são perspetivados como sujeitos vivenciados nos processos de saúde-doença e os enfermeiros, profissionais que fazem parte destes mundos (Watson, 2002, 2004, 2012), tanto no acompanhamento destas situações (na saúde e na doença), “quanto na elaboração e significação posterior; na exploração cuidativa do sentido do vivido para quem o viveu” (Lopes, 2012, p.20). As nossas experiências encontram significado mais tarde, quando determinados eventos nos assombram ou retornam para nós em memórias que parecem vir não do passado, mas do futuro, o futuro da latência dos eventos passados (Van Manen, 2014).

Partindo do entendimento de que o ser humano só pode ser compreendido a partir da sua própria existência, a experiência vivida (Dilthey, 1989) pelas mulheres aquando da gravidez, parto, pós-parto e primeiros anos de vida da criança, parecem ser determinantes para o conhecimento do ajustamento, adaptação e transição à maternidade e ao papel maternal, sendo que os enfermeiros deverão ser capazes de os compreender nas suas especificidades e diferenças neste processo (Watson, 2002, 2004, 2012).

Embora os conceitos de gravidez e maternidade sejam ainda hoje muito analisados por uma conceptualização naturalista (experiência natural, comum às mulheres, predisposição biológica para procriar) e essencialista (competências inatas para ser mãe), os mesmos devem ser explorados como processos vivenciados pelas mulheres (Monteiro, 2005), em que a gravidez se traduz pelo período que medeia a concepção e o parto, e a maternidade por um processo que se inicia no período pré-concepcional não havendo um término definido para a conclusão do mesmo. Assim, a maternidade assume-se como um processo a longo prazo, em que nos primeiros anos de vida da criança, pelas necessidades cuidativas a desempenhar, a “dáviva de amor, interesse, partilha e responsabilidade permanente”, o exercício da mesma tem uma maior visibilidade (Canavarro, 2001, p.19).

Inserido no projeto de maternidade, a gravidez é entendida como o período onde se ensaiam cognitivamente papéis e tarefas maternas, podendo iniciar-se ou não o processo de vinculação pré-natal à criança. Reestruturando-se relações para a inclusão de um novo membro na família, a experiência da maternidade é múltipla e variável, dependendo em larga medida do significado que lhe é atribuído por quem o experiencia (Canavarro, 2001), tendo como fim a consecução do papel maternal (Mercer, 2004).

Compreendendo o fenómeno da gravidez e maternidade como períodos de desenvolvimento e de transição, os mesmos caracterizam-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas, associados a processos de mudança, implicando por isso, a necessidade de reorganização (Canavarro, 2001; Chick & Meleis, 1986).

Quando nos centramos em mulheres com comportamentos de adição a substâncias psicoativas (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000), facilmente percebemos que o processo de consecução do papel maternal, enquanto processo de transição, é um fenómeno de elevada complexidade, onde se entrecruzam múltiplos fatores associados à pessoa, ao ambiente que o rodeia e aos processos saúde-doença, estando presentes experiências, interações e condições ambientais que expõem estas mulheres a uma situação de vulnerabilidade com riscos acrescidos (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Os comportamentos de adição a substâncias psicoativas não são mais que manifestações exteriores de conflitos do indivíduo com ele próprio e com os outros, em que as drogas, representam a solução viável para se estar na vida, pois atenuam ou eliminam afetos e emoções dolorosas e intoleráveis (Frazão, Pereira, Teles & Amaro, 2001). Como salientam Palminha et al. (1993, p.35), "Estes afectos, não são mais que a raiva narcisista resultante do colapso do ideal do Eu, a vergonha resultante do desapontamento da apreciação do próprio, em relação a um self grandioso, a rejeição e o abandono das figuras parentais idealizadas".

Assim, a gravidez, se precedida de um projeto adaptativo, pode constituir na sua essência um período de tentativas e ensaios. Diremos, que os nove meses que antecedem o nascimento da criança constituem um período de ensaios, de ligação, ansiedade, de fantasias e reflexões, que permitem que o projeto de maternidade se construa e consolide (Björg, Morten & Elin, 2007; Canavarro, 2001).

Rosenblum (1992) salienta que o desejo da maternidade nem sempre é visível nas mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, tendo em conta toda a sua história pessoal, sendo que, na maioria das vezes a gravidez surge como fruto do acaso. No entanto, acresce Ebert (1988), *cit. in* Frazão et al. (2001, p. 201):

"a gravidez pode representar uma tentativa de resolução dos conflitos inconscientes na origem da toxicod dependência. A criança é pensada como um recurso, uma ajuda, uma esperança que

vai tomar um lugar importante nas fantasias da mulher. Vai ser um objeto mágico, uma terapêutica, a única garantia da paragem dos consumos.”

O processo de transição envolto no processo gravídico, no trabalho de parto e parto, no período pós parto e primeiros meses de vida dos filhos, neste contexto, está relacionado com o facto de a transição poder ser originada por uma mudança voluntária e/ou esperada ou, pelo contrário, ocorrer de uma forma não controlada, indesejada e imprevista (Chick & Meleis, 1986). Dependendo do contexto social e cultural em que ocorre, e de acordo com a fase do ciclo vital a que se reporta, reconhece-se que a transição remete para uma mudança significativa na vida destas mulheres, através da alteração e redefinição de papéis e de estados (transição desenvolvimental, situacional e de saúde-doença), como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social (Chick & Meleis, 1986).

Assim, os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas inter-relações, nas expectativas ou nas capacidades (Meleis & Trangenstein, 1994).

1.2 Da Possibilidade de Conceptualizar à Compreensão do Fenómeno...

Aprender, tornar-se e ser mãe, pode ser tão satisfatório e importante, como penoso e indesejado, onde os contextos passados, presentes e futuros poderão determinar a forma como este fenómeno é experienciado (Dilthey, 1989; Nystrom & Ohrling, 2004).

O período da gravidez, o nascimento de uma criança e os cuidados inerentes à mesma, implicam um ajustamento que requer atitudes e comportamentos que tornem possível a assunção da maternidade (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004; Canavarro, 2001; Lowdermilk & Perry, 2008). A transição para a parentalidade é o período de tempo durante o qual os pais definem os seus papéis e se adaptam à parentalidade, manifestando-se também como a capacidade de assumir as responsabilidades de ser mãe, adotando comportamentos destinados a facilitar a incorporação do recém-nascido na unidade familiar e comportamentos para facilitar o seu crescimento e desenvolvimento (International Council of Nurses, 2011). A transição para a maternidade exige um compromisso ativo, que começa antes ou durante a gravidez e se prolonga para além do parto (Graça, 2010).

Procurando ajudar as mulheres a alcançar o máximo potencial de saúde, através de programas, projetos e intervenções específicas a comunidades vulneráveis e em condições sociais complexas desde o período pré-concepcional, na gravidez e puerpério, os enfermeiros deverão conhecer e estar atentos às especificidades da transição para o papel maternal, com

vista a mediar e a facilitar o mesmo, tendo em conta a procura permanente da excelência no exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011; International Council of Nurses, 2012; Levy, 2006; Nicholls & Webb, 2006).

O International Council of Nurses (2012) ressalva a equidade de género, educação e empoderamento das mulheres, enfatizando que os enfermeiros devem ter um impacto significativo no reforço da capacidade das mulheres, especialmente as mais vulneráveis, para exercício e aumento do controlo sobre suas vidas.

A World Health Organization (2008) considerou Portugal um dos países mais bem-sucedidos na redução consistente das mortalidades associados à vigilância da gravidez, parto e saúde infanto-juvenil, sendo este exemplo de boas políticas de saúde neste domínio (Remoaldo, 2005). No entanto, a sustentabilidade destes resultados está dependente da evolução social e da vulnerabilidade a que mulheres e crianças possam estar expostas, tal como do desenvolvimento e implementação de projetos de saúde específicos nestas populações (Direção-Geral da Saúde, 2009; Machado, Alves & Couceiro, 2011).

Atendendo a que a maternidade é um dos maiores eventos de vida, tornar-se mãe envolve mover-se a partir de uma realidade conhecida para uma realidade nova, o que implica ter consciência da transição, preparação para a mesma e objetivos de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova conceção e identidade de si mesmo (Mercer, 2004). A transição para a maternidade caracteriza-se por um comprometimento intenso e por envolvimento ativo que requer a reorganização de responsabilidades e comportamentos (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011). Muitas estratégias são utilizadas para favorecer a adaptação à nova realidade (Canavarro, 2001; Mercer, 2004), sendo que, este ajustamento pode ser mais facilitado ou dificultado dependendo das condições pessoais da mulher, das crenças e atitudes culturais, condições socioeconómicas, preparação, conhecimento e competências desenvolvidas e do apoio e recursos da comunidade (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Tornar-se mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente, sendo que o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde da própria mãe, como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças (Martins, 2008).

O International Council of Nurses (ICN) através da *International Classification For Nursing Practice*, considera a Parentalidade e Adaptação à Parentalidade como focos de atenção com relevância para a intervenção de enfermagem. A Parentalidade é definida como:

“Tomar Conta: Assumindo as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos que otimizem o crescimento e desenvolvimento das crianças, e a interiorização das expectativas dos indivíduos,

famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (International Council of Nurses, 2013, p.64).

A transição para a parentalidade é uma experiência que se traduz numa crise de emoções e desafios, considerada como um dos processos situacionais que pode originar maior *stress* na vida de uma mãe (Graça, Figueiredo, & Carreira, 2011; Hernandez & Hutz, 2009; Silva & Lopes, 2011). Este período do ciclo vital familiar implica inevitavelmente alterações pessoais, sociais e psicológicas fundamentais em cada pessoa, nos seus papéis e na qualidade das suas relações (Graça, Figueiredo, & Carreira 2011). A adaptação à parentalidade é caracterizada pelo aparecimento de um conjunto de sentimentos que podem interferir na saúde da criança e dos próprios pais, tanto a título imediato como a longo prazo, sendo eles a insegurança, a dificuldade, a incapacidade, a tensão emocional e a ansiedade (Soares, 2008). Neste processo, o ajustamento e transição ocorrem de modo individual, dependendo da história pessoal, do momento de vida em que ocorre e do contexto sociocultural em que está inserido. Martins (2008) refere que a parentalidade é uma transição crítica, irreversível e com implicações na saúde dos pais e no desenvolvimento da criança. Este processo exige uma complexidade de competências e saberes, tornando-se um desafio de grande responsabilidade.

O termo transição tem origem no latim *transitióne* e define a ação ou efeito de mudar de um lugar, situação ou assunto para outra trajetória, diferente da primeira. O enfermeiro é o principal cuidador da pessoa e da sua família em processo de transição que assiste às mudanças e às exigências do seu quotidiano. É este profissional que prepara a pessoa para as transições iminentes, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com o processo saúde/doença (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Tornar-se mãe é assumir um compromisso irreversível, o que torna a transição para a parentalidade distinta das restantes transições. Esta transição ocorre durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos, razão pela qual é designada por transição desenvolvimental (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Mercer, 2004; Meleis & Trangenstein, 1994). A transição é um processo dinâmico e contínuo que corresponde à passagem entre dois períodos de tempo estáveis, no qual a pessoa passa de uma fase, situação ou estado de vida, para outra. Durante a transição, a pessoa experimenta mudanças intensas, a nível externo e interno, com um impacto significativo sobre a vida e saúde da pessoa e das suas famílias (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Meleis & Trangenstein, 1994). Este processo implica que a pessoa se sinta estruturada de modo a poder refletir, interagir e desenvolver a confiança necessária para lidar com a mudança, dominar novas capacidades e novos modos de viver, para conseguir desenvolver um sentido de identidade mais flexível perante a mudança (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

O Modelo das Transições de Afaf Meleis engloba três dimensões gerais, nomeadamente, a natureza das transições, as condições de transição e os padrões de resposta. O quadro teórico emergente desta teoria consiste em tipos e padrões de transição; propriedades das experiências de transição; condições de transição (facilitadoras e inibidoras); indicadores de processo; indicadores de resultado; e intervenções terapêuticas de enfermagem. Por serem complexas e multidimensionais, as suas propriedades essenciais envolvem o compromisso da consciência no processo de transição, de modo a identificar mudanças e diferenças entre o situação antiga e a nova, assim como os seus pontos críticos que marcam o processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). Para a análise da natureza das transições, o enfermeiro considera os padrões de todas as transições significativas de uma pessoa e da sua esfera familiar, em vez de se concentrar apenas num tipo específico de transição.

Para entender as experiências da pessoa durante a transição é necessário identificar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso, para que a transição seja saudável e alterar os seus resultados. Os recursos comunitários e a sociedade em geral podem ser um fator facilitador ou inibidor para as transições. A preparação antecipatória facilita a experiência de transição, ao contrário da falta de preparação que inibe o seu processo. Intrinsecamente ligada à preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e as estratégias úteis na sua gestão (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Uma transição saudável é caracterizada por indicadores de processo e de resultado, uma vez que as transições se estendem no tempo, os indicadores de processo revelam se a direção da pessoa tende para a saúde ou para a vulnerabilidade, permitindo a avaliação do risco e uma intervenção precoce do enfermeiro, de modo a facilitar a obtenção de resultados saudáveis. A transição saudável implica alguns padrões de resposta, nomeadamente, o relacionamento, a interação, a localização e desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping* para lidar com a situação (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2010) consideram que os indicadores de domínio de novas habilidades necessárias para gerir uma transição e o de desenvolvimento de uma fluída identidade interativa podem refletir os níveis de qualidade de vida da pessoa que enfrenta a transição. A conclusão de uma transição saudável é determinada pelo grau no domínio das habilidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações ou ambientes. As habilidades desenvolvem-se ao longo do tempo com a experiência.

Os cuidados de enfermagem que uma mulher possa receber durante a gravidez, parto e primeiro ano após o nascimento são fulcrais para o desenvolvimento salutar da mãe e do filho,

sendo os enfermeiros os profissionais de saúde com a interação mais intensa com mulheres no ciclo da maternidade (Mercer, 1981).

Rubin (1967) introduziu o conceito de consecução do papel maternal como um processo que conduz à conquista por parte da mulher da identidade face ao papel materno. Rubin alude à existência de estádios progressivos que se iniciam durante gravidez como mimetismo, a introjeção e a projeção. Desta forma, a mulher move-se na busca de informações e de modelos, imitando-os e fantasiando sobre si mesma como mãe. Ela incorpora comportamentos observados em outros, especialmente os da sua própria mãe, incorporando uns e rejeitando outros e projeta-se como mãe. Um ideal de imagem de si como mãe é construído a partir das suas vivências e dos contextos sociais e familiares em que se move. A imagem ideal reflete qualidades, características, atitudes e realizações da mulher, que acha desejável desenvolver na maternidade. A autoimagem é uma representação auto consistente do *self* no presente.

Rubin (1984) define a identidade materna como o ponto final do processo de adaptação e ajustamento ao papel maternal, tendo a mulher a sensação de estar bem no seu papel, com uma sensação de conforto sobre seu passado e futuro. A teoria de Rubin foi baseada em notas de campo dos enfermeiros e das suas interações com as mulheres durante gravidez e no primeiro mês após o nascimento. No seu livro, Rubin (1984) descreve a identidade materna como uma incorporação em toda a personalidade da mulher. Ao longo da vida, a mulher apreende (ou não) um conjunto de conhecimentos e comportamentos relativamente à maternidade que advêm do seu processo de socialização e das características inatas da sua personalidade. A criança será também um parceiro ativo ao nível do desempenho do papel materno, influenciando-o e sendo influenciado por este.

Rubin (1984) enfatizou que a identidade e o comportamento materno evoluem de acordo com a idade, com a condição e situação da criança. Desta forma, a identidade da mãe, o comportamento materno e a qualidade de vida da mãe e família, estão ancoradas no desenvolvimento etário, sexo, condição física e comportamento da criança. Além disso, cada processo gravídico, nascimento e o desenvolvimento dos cuidados à criança são diferentes, assim como o espaço em que a mulher se contextualiza. A singularidade de cada criança e da mãe neste ponto específico das suas vidas, requer um extenso trabalho de investigação. O trabalho de Rubin procurou estimular os enfermeiros a olhar para lá dos aspetos fisiológicos e aspetos patológicos associados à gravidez, ao parto e ao período pós-parto, com vista ao estudo do processo de se 'tornar mãe'.

Mercer (1980, 1981, 1985, 1986), discípula de Rubin, iniciou uma série de estudos focados na consecução do papel maternal, em mães em situações únicas, durante os primeiros 8 a 12

meses de maternidade. A mesma autora define a consecução do papel maternal como processo de interação e de desenvolvimento em que a mãe se liga ao seu filho, adquirindo competências nos cuidados ao bebê e exprime sentimentos de satisfação e prazer no desempenho do papel maternal. A identidade materna constitui-se como a última etapa da consecução do papel maternal, onde a mãe sente harmonia e confiança no desempenho do seu papel (Mercer, 1981, 1985).

Nos estudos publicados por Mercer (1980, 1981, 1985, 1986) é enfatizado a importância do cuidar em enfermagem, com especial atenção ao período da gravidez e primeiro ano após o parto, tendo estes, efeitos a longo-prazo para a mãe e para a criança. Considera ainda que os enfermeiros do domínio da saúde materno-infantil desempenham um papel de grande importância na prestação quer dos cuidados, quer no fornecimento de informação face a este processo (Mercer, 1981, 1985). Com vista à consecução do papel maternal, na fase antecipativa, a mulher grávida realiza ajustamentos sociais e psicológicos. A mãe aprende as expectativas do papel, sendo o tempo de preparação psicossocial para o papel. No período formal que se inicia aquando do nascimento do bebê, existem um conjunto de aprendizagens a desenvolver face ao papel de mãe, sendo estes comportamentos orientados pelas expectativas formais no sistema social em que a mãe se insere. A mãe copia os comportamentos dos peritos e segue as suas orientações.

Seguindo-se um período mais informal, a mãe desenvolve formas peculiares de lidar com o papel, não transmitidas pelo sistema social, culminado com uma fase mais pessoal, em que a mulher interioriza o seu papel maternal. A mãe experimenta um sentido de harmonia, confiança, satisfação na função materna, apego para com o seu bebê e competência na forma como desempenha o papel maternal (Mercer, 1981, 1985).

Atendendo a que nesta investigação nos debruçamos sobre a transição para o papel maternal em mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, sabemos que os clientes em processos de transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos, no entanto, entendendo que a vulnerabilidade está relacionada com as experiências, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a potenciais riscos (Meleis, et al., 2000), a vulnerabilidade associada à adição a substâncias psicoativas nas mulheres amplifica-se, com uma gravidez e nascimento de um filho (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000; World Health Organization, 1994).

Existe hoje alguma investigação que se tem debruçado sobre os aspetos associados à parentalidade e à construção da identidade materna e paterna (Bussel, Spitz & Demyttenaere, 2009; Emmanuel & St John, 2010; Graça, Figueiredo & Carreira, 2011; Hung, Lin, Stocker & Yu, 2011; Lowdermilk & Perry, 2008, Nystedt, Hogberg & Lundman, 2008), no entanto, os aspetos

específicos inerentes à transição e à consecução do papel maternal em mulheres em situação de vulnerabilidade acrescida (Mercer, 2004), como a da adição, da gestação até os primeiros anos de vida do filho, são pouco conhecidos.

Em Portugal foram publicados estudos que traçam algumas características da mulher grávida consumidora de drogas, no entanto não se debruçam sobre a experiência vivida face à transição para o papel maternal nestas mulheres.

Entre 1 de Julho de 1987 e 31 de Dezembro de 1991 foi realizado o primeiro estudo publicado em mães toxicodependentes portuguesas que deram entrada no Serviço de Obstetrícia do Hospital São Francisco Xavier. Foram, estudadas sessenta e três mães e sessenta e seis recém-nascidos num período de cinco anos. Neste estudo, foi possível verificar no que se refere aos dados sociodemográficos, que as mulheres grávidas consumidoras de drogas eram maioritariamente domésticas, tinham frequentado o terceiro ciclo da escolaridade, viviam com o pai da criança e tinham em média vinte e seis anos de idade (Palminha et al., 1993). A droga mais consumida por estas mulheres foi a heroína, seguida por ordem decrescente, do consumo do álcool, da politoxicoddependência, da marijuana e da cocaína. A maioria destas mulheres não vigiou a sua gravidez. Relativamente ao tempo da gestação, mais de metade das mulheres que fizeram parte deste estudo tiveram um tempo normal de gestação (37 a 42 semanas) e, numa larga maioria os partos foram eutócicos.

Num outro estudo longitudinal realizado nos anos de 1998/99 no Hospital Francisco Xavier e na Maternidade Alfredo da Costa a sessenta e seis mulheres grávidas ou puérperas, foi possível verificar que a maior parte das mulheres toxicodependentes inquiridas tinham idade compreendida entre os 25 e os 29 anos e pertenciam a uma classe média baixa. Verificou-se ainda neste estudo que a grande maioria destas mulheres eram casadas ou viviam em união de facto (Frazão, et al., 2001).

No que diz respeito ao consumo de drogas durante a gravidez, a maioria das mulheres inquiridas não deixou de consumir drogas. As drogas mais consumidas no 1º trimestre de gravidez foram a heroína e a associação entre a heroína e a cocaína (Frazão, et al., 2001).

Os principais efeitos do consumo de drogas que estas mulheres referiram foram a agressividade, o isolamento social e afetivo, a diminuição da autoestima e a extroversão. Ao nível do ambiente familiar, estas mulheres indicaram que existiram discussões e conflitos familiares e um distanciamento em relação à família de origem (Frazão, et al., 2001).

Para Guerreiro (2001), em mulheres grávidas toxicodependentes, quando submetidas a um criterioso programa de intervenção/reabilitação, baseado na criação e desenvolvimento de uma relação humana, num ambiente não inquisitivo e não punitivo, em que o lema é escutar, compreender, motivar e responsabilizar e em que a grávida é confrontada com o que quer e

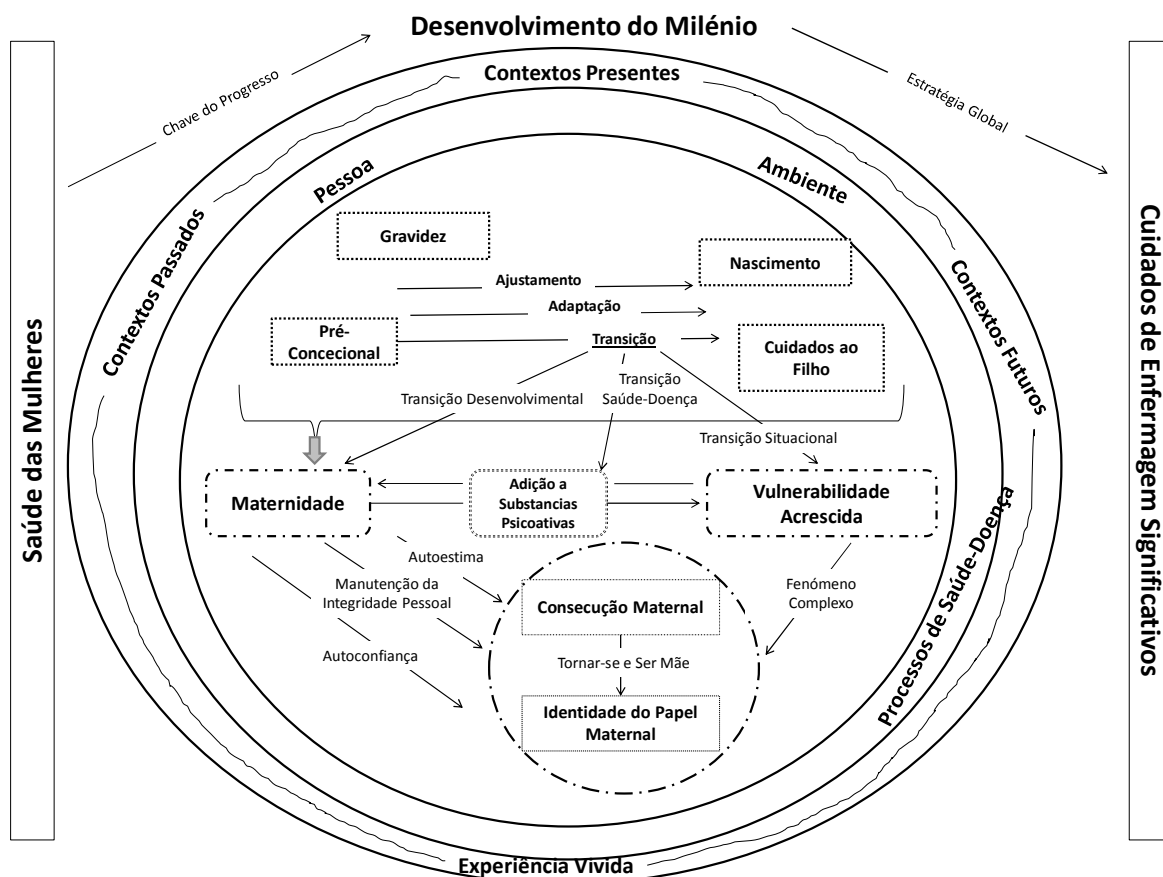
com o que pretende, a adesão à consulta de vigilância pré-natal é de 86%, sendo que, nas restantes, há irregularidades significativas nas comparências à consulta e aos exames pré-natais (Guerreiro, 2001).

A revisão sistemática da literatura que efetuámos centrada na experiência vivida de mulheres face à transição para o papel maternal quando têm problemas de adição a substâncias psicoativas (Henriques, Botelho, Henriques & Vaz, 2015) permitiu compreender que os contextos de vida (familiares, sociais, afetivos e de violência) em que as mulheres se movem são complexos e fulcrais para construção da identidade materna destas mulheres. O inesperado papel maternal é experienciado com resignação, mas vislumbrado de possibilidade de mudança e perspetiva de futuro. A manutenção dos consumos ou a ausência destes, fazem parte da experiência de adição destas mulheres, largamente marcada pelo estereótipo social no que concerne ao desempenho da maternidade e invisibilidade para a equipa de saúde (Banwell & Bammer, 2006; Brudenell, 1997; Coyer, 2001; Galera, Bernal & O'Brien, 2005; Haight, Carter-Black & Sheridan, 2009; Muñoz, Sanchez, Arcos, Vollrath & Bonatti, 2013; Nardi, 1998; Radcliffe, 2011; Rhodes, Bernays & Houmoller, 2010; Panchanadeswaran & Jayasundara, 2012).

Pelos achados obtidos, verificamos que o fenómeno em estudo é de elevada complexidade, envolvendo múltiplos fatores que devem ser conhecidos e aprofundados.

Salientando uma imagem estereotipada, estas mulheres salientam a necessidade de uma maior visibilidade para a equipa de saúde e a desocultação das suas experiências enquanto mães. Por outro, é evidenciada a necessidade de dar voz à experiência da maternidade e consecução do papel maternal por parte destas mulheres, já que são elas o principal alvo de cuidados de alguns enfermeiros (Henriques, Botelho, Henriques & Vaz, 2015).

Se a problematização que tem vindo a ser apresentada ao longo deste capítulo emerge do encruzilhar da evidência científica e da prática assistencial a mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no período da gravidez, parto, puerpério e primeiro ano de vida dos filhos, como enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, a mesma consolida uma afinidade eletiva singular para com esta problemática (Esquema 1).



Esquema 1 – Representação esquemática do enquadramento conceitual (Henriques, Botelho & Catarino, 2015, p.51)

Entendendo que no processo de interpretação do fenómeno, o investigador é um participante ativo,

"A interpretação de algo como algo funda-se, essencialmente, numa posição prévia, visão prévia e concepção prévia. A interpretação nunca é a apreensão de um dado preliminar isenta de pressuposições. (...) Em todo princípio de interpretação, ela se apresenta como sendo aquilo que a interpretação necessariamente já 'põe', ou seja, que é preliminarmente dado na posição prévia, visão prévia e concepção prévia." (Heidegger, 2006, p.207).

Buscando o sentido do ser nas experiências vividas de mulheres face à transição para o papel maternal quando têm problemas de adição a substâncias psicoativas, procuraremos a compreensão do fenómeno em estudo, em que a compreensão diz respeito a um conjunto de relações já interpretadas, num todo relacional, num 'círculo hermenêutico', inseparável da existência do intérprete, inserido num contexto histórico e social.

1.3 Contexto e Contextos...

Desde os tempos mais remotos que o homem procura novas sensações e tenta modificar o seu humor e os estados de consciência com recurso ao uso de substâncias com essas propriedades e que adquirem diferentes significados para cada indivíduo, de acordo com o contexto cultural e social em que se insere.

Relatos históricos referem-nos que nas civilizações primitivas o consumo destas substâncias não era completamente livre, mas regulamentado através de ritos religiosos, ritos sociais e práticas médicas. Pensa-se, que a mais antiga utilização de drogas remonta aos anos 5.000 AC, por comunidades hindus africanas.

Nas civilizações Ocidentais, o uso de drogas teve um aumento considerável a partir do século XIX, em particular na Europa, que já tinha contacto com o ópio e *cannabis*, através da colonização. Por esta altura, a Inglaterra mantinha boas relações com o Oriente, o que facilitava a comercialização do ópio. O ópio, considerado um produto de luxo, foi durante muito tempo, o prazer de elites. Era dicotomizado então, como o medicamento para o pensamento e era visto como uma droga positiva, uma droga intelectual e o seu uso estava condicionado a um meio social muito restrito, como intelectuais, poetas, artistas e médicos. De resto, foi através do consumo de ópio por parte dos médicos, que se chegou ao modelo de dependência física referido até ao início do século XIX (United Nations Office for Drug and Crime Prevention, 2000).

Já em pleno século XIX isola-se o alcaloide do ópio, ao qual foi dado o nome de morfina, em honra de Morfeu – Deus Grego dos Sonhos. Este facto, associado ao fabrico da cocaína e heroína, assim como, à invenção da seringa e agulha hipodérmica, contribuiu para uma reviravolta na evolução da história das drogas. Acresce ainda dizer, que a revolução industrial e as duas grandes guerras, também deram o seu contributo para esta mudança, principalmente a II Guerra Mundial que em muito contribuiu para o avanço na pesquisa sobre estupefacientes, pela necessidade de aplacar as dores dos feridos.

Nos anos 60, as drogas em geral e a heroína em particular, ganham proporções desmesuradas, marcadas pelo declínio dos valores tradicionais e religiosos. Esta época traduz-se também por uma crise depressiva da juventude, a qual se deve em grande parte, a um “ (...) progressivo aumento da duração da adolescência, à ausência de *rituais* de passagem à idade adulta, e ao declínio dos *geradores* de imagens identificativas para o adolescente” (Rosa & Felisberto, 2000, p. 22). Surge então, nesta altura, um movimento histórico protagonizado pelos jovens, que teve grande impacto a nível social, político e cultural, “ (...) foram os anos da paz e amor (*peace and love*), do *pop*, do movimento *hippie*, de maio de 68, da *Beat*

Generation, anos que tiveram muito significado para os adultos das décadas de 80, 90, pais dos adolescentes actuais.” (Rosa & Felisberto, 2000, p. 30). Nesta altura, evidencia-se uma expressão que marca toda uma época *sex, drugs and rock’n’rol*.

A droga, que inicialmente teve um carisma provocador e contestatário, passa a ser um meio de fuga da realidade. Os principais motivos que levaram a que o consumo de drogas atingisse proporções tão preocupantes, foram essencialmente fatores de ordem social que resultam dos grandes meios citadinos, onde as famílias se encontram desenraizadas e desintegradas. As grandes cidades industriais, que se querem modernas, enormes e desumanas, criam uma enorme solidão não só individual como familiar. A família nuclear tornou-se instável e pouco a pouco deixou de desempenhar a sua função de proteção à criança. Com a emancipação da mulher, a mãe está cada vez mais ausente à semelhança do pai, ficando as crianças cada vez mais entregues a si próprias, fomentando assim, o aparecimento de grupos para preencher a solidão, deixada por uma família ausente (Borges & Filho, 2004). Definida segundo a DSM-V por uma categoria unificada com a designação de ‘Perturbação de Uso de Substâncias’ (*Substance-Use Disorder*), os indivíduos que façam uso continuado ou recorrente de substâncias são classificados como sofrendo de uma perturbação (doença) por uso de substâncias (de adição) (American Psychiatric Association, 2013).

A Europa tem-se mostrado muito atenta à problemática da toxicodependência, não só pela criação do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), em que a sua ação consiste em tratar e produzir informações de natureza estatística, documental e técnica sobre as drogas e a toxicodependência, com o objetivo de dar à União Europeia e aos seus países uma visão global da situação europeia em termos de drogas, pela definição de estratégias (Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga, 2013-2020, - Conselho da União Europeia, 2012), como também pela elaboração de planos de ação que visam a prevenção e redução do consumo de drogas, bem como, a definição de políticas de proteção social, reabilitação e integração, nomeadamente:

“Desenvolver e alargar modelos integrados de cuidados que cubram as necessidades relacionadas com problemas de saúde mental e/ou física, a reabilitação e o apoio social, por forma a melhorar e promover a situação social e o estado de saúde, bem como a reintegração social e a recuperação dos toxicodependentes e consumidores problemáticos, incluindo os que sofrem de co-morbilidade” (Conselho da União Europeia, 2012, p. 402).

É a partir dos anos 80 que em Portugal começam a surgir as primeiras respostas por parte das instituições sociais e de saúde, face ao problema da droga. No entanto, foi em 1924 que foi publicada a primeira legislação em Portugal em matéria de drogas, com a aprovação da Lei n.º 1 687, regulamentada pelo Decreto n.º 10 375, de 9 de dezembro. Em 1973, é criada no

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, a primeira consulta específica de toxicodependência. Em 1975, são criadas as primeiras estruturas face ao problema da toxicodependência, nomeadamente na área da prevenção o Centro de Estudos da Juventude e no âmbito da repressão e fiscalização do tráfico ilícito de drogas, o Centro de Investigação Judiciária da Droga (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2014).

Nos anos 90, surge o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e é aprovada a Lei n.º 7/97, de 8 de março que procedeu ao alargamento da rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes, de forma a garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social dos cidadãos afetados pela toxicodependência. À altura, Portugal contava com cerca de 100 mil utilizadores de heroína (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2014).

Em 1999, é aprovada a Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de abril, a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência (1999-2004). Outro momento importante no enquadramento jurídico passou pela descriminalização do consumo de todas as substâncias psicoativas através da aprovação da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro que define também a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. Neste âmbito, foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, sob a dependência do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, IP). Com a premissa da proximidade são criados os Centros de Respostas Integradas (CRI), os quais se constituem com unidades de intervenção local de cariz operativo, referenciados a um território definido e que dispõem de equipas técnicas especializadas para áreas de intervenção como o tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2014).

O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, IP) é extinto com a publicação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro), criando-se o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), cabendo às Administrações Regionais de Saúde, I.P. a operacionalização das políticas de saúde. O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) tem como premissa o desenvolvimento de normas, pareceres técnicos e orientações de boas práticas aos comportamentos aditivos e às dependências em geral (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2014).

A 'Adição' é definida pela World Health Organization (1994) como o uso repetido de substâncias psicoativas, em que o adito (seja a droga ou a álcool) se encontra periodicamente

ou cronicamente intoxicado, demonstrando compulsão face ao seu consumo e revelando grande dificuldade em cessar ou modificar voluntariamente a sua utilização. O fenómeno da toxicoddependência tem sido muito estudado, mas é interessante verificar que, na maioria das vezes, é o género social masculino que aparece relacionado com os fenómenos da toxicoddependência. Estes, têm um papel determinante na socialização com o mundo das drogas por parte das mulheres, já que é “ (...) através das relações amorosas com homens toxicoddependentes que elas se aproximam das drogas e as experimentam” (Cardoso, 2004, p. 248).

A situação da mulher face à toxicoddependência não é amplamente conhecida e a informação escasseia. Segundo o Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia (Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência, 2000), as mulheres consumidoras de drogas carregam um maior estigma do que os homens, sendo que este relatório ressalva a importância de se desenvolver mais investigação com mulheres consumidoras de drogas e se encontrarem respostas mais adaptadas que tenham em conta os seus problemas e necessidades específicas, nomeadamente, no que diz respeito à maternidade. O referido documento refere que as mulheres consumidoras de drogas cometem menos crimes quando comparadas com os homens e tendem mais frequentemente a financiar os seus hábitos de consumo através da prostituição.

De um modo geral, os homens consomem mais drogas ilícitas do que as mulheres, no entanto, as raparigas manifestam uma tendência maior para experimentar drogas mais cedo do que os rapazes, e verifica-se um crescente número de crianças nascidas de mães consumidoras de droga (Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência, 2000). No que concerne à procura de tratamento, as mulheres apresentam valores mais baixos quando comparadas com os homens, apontando o relatório para este facto o receio que estas têm de serem “consideradas inaptas como mães e perder os filhos, caso decidam submeter-se a tratamento” (Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência, 2000, p.3).

A mulher toxicoddependente apresenta-se frequentemente com um aspeto envelhecido, mal cuidado, emagrecido, com um ar ausente e desinteressado (Palminha, et al., 1993). Dificuldades de relacionamento interpessoal são frequentes nestas mulheres, que tentam estabelecer com os profissionais de saúde, uma atitude de sedução e de desculpabilização (Paz, 1996, p.243).

Segundo o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, verifica-se a existência de um grupo de mulheres que mantem o consumo de substâncias ilícitas durante a gravidez, sendo que os dados referentes a estudos de investigação nacionais neste domínio são muito escassos ou mesmo inexistentes. O mesmo

documento enfatiza a necessidade da “prevenção da ocorrência de consumos durante a gravidez, da identificação precoce dos mesmos, do apoio das grávidas em que estes consumos são identificados e de acompanhamento dos recém-nascidos que resultam deste quadro” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013, p. 67). Para que tal seja possível, é necessário uma articulação clara entre as políticas de saúde, sendo que os programas de preparação para a parentalidade associados a um acompanhamento específico destas mulheres/famílias parecem fundamentais, tal como, inseri-las num “programa terapêutico com vista a reduzir o consumo de substâncias ilícitas e reduzir o recurso à via injetável, fonte de transmissão viral e infecciosa, contrariar a exclusão e obter melhorias na inserção social e profissional” (Instituto da Droga e Toxicodpendência, 2006, p. 43). O Grupo de Trabalho para os Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos (PTAO) propõem que o uso ilícito por um doente dependente de um opiáceo de rua seja substituído pela administração de um fármaco opióide, nomeadamente Metadona ou Buprenorfina. Desta forma, poderá facilitar-se o abandono ou a redução do consumo ilícito e diminuir os riscos e danos associados ao consumo de risco, com os objetivos de

“suspender a dependência do opiáceo de rua ou o mau uso de outro opiáceo; reduzir os problemas psico-socio-sanitários associados ao consumo; melhorar a qualidade de vida dos utilizadores dos programas; favorecer a integração sociofamiliar; fomentar mudanças de estilos de vida e facilitar a continuidade e permanência nos programas de tratamento e reinserção (Instituto da Droga e Toxicodpendência, 2006, p. 7).”

Os Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos têm um carácter temporário (entre 1 e 3 anos), mas dependendo da evolução clínica dos utentes podem prolongar-se por mais anos.

As mulheres participantes neste estudo são referenciadas e acompanhadas por três equipas técnicas especializadas de tratamento, que integram um Centro de Respostas Integradas da zona centro de Portugal, que por sua vez está na dependência do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências integrado na Administração Regional de Saúde do Centro. As equipas técnicas especializadas de tratamento, na aplicação dos programas terapêuticos com agonistas opiáceos, prestam cuidados médicos, de enfermagem, psicológicos e socioprofissionais. Estas equipas executam os programas de intervenção local, no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, bem como à prestação de cuidados integrados e globais a utentes com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, segundo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, como é previsto no Despacho n.º 2976/2014, de 21 de fevereiro}.

1.4 Objetivos do Estudo e Questão de Investigação

Os líderes mundiais reconhecem cada vez mais que a saúde das mulheres e das crianças é a chave do progresso em todas as metas de desenvolvimento (World Health Organization, 2010). A estratégia global para a saúde das mulheres e crianças realça que, a escassos anos de atingir os objetivos de desenvolvimento do Milénio, os líderes globais devem intensificar os seus esforços para melhorar a saúde das mulheres, estabelecendo áreas chave em que a ação é urgente, nomeadamente, no que concerne à prestação integrada de cuidados de saúde, atendendo especialmente a mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade (World Health Organization, 2010).

Alguns investigadores no domínio da enfermagem obstétrica apontam que a complexidade e o valor da transição para a maternidade de cada mulher tem sido silenciado, especialmente as que se encontram em situações de maior vulnerabilidade (Parratt & Fahy, 2011). O silenciamento das vozes destas mulheres é reforçado com a suposição de que o *self*, as perceções, as atitudes e os comportamentos podem ser medidos quantitativamente, e que essas medidas são uma representação válida das experiências das mulheres, sendo que o conceito de 'ser mãe' ainda é muito focado em mulheres de grupos mais favorecidos ou menos vulneráveis (Mercer & Walker, 2006).

Como teoria, a transição para a maternidade continua a "simplificar e a cegar os que a utilizam não permitindo ir às subtilezas, complexidades e exceções da experiência corporificada das mulheres na criação dos filhos" (Parratt & Fahy, 2011, p.449), já que as mulheres são vistas como um meio para um fim valorizado, em que todas as mulheres têm, ou deveriam ter, os atributos necessários para se ser mãe, perfeccionando o processo de realização do papel materno como o mesmo (único) para todas as mulheres (Parratt & Fahy, 2008; Parratt, 2010).

Centrando-nos no paradigma teórico em que se alicerça esta investigação, perfeccionamos a necessidade de desocultar a experiência vivida de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas face à transição para o papel maternal, considerando-as como seres vivenciados, em que a enfermagem poderá contribuir para a compreensão do fenómeno, ocupando-se assim da resposta humana aos processos de vida (Meleis, 2011), com recurso a encontros significativos por quem os experiência.

Por outro, tendo por base o estudo da resposta humana, os enfermeiros deverão ser capazes de prestar cuidados de enfermagem significativos ao outro, ajudando-o a reorganizar-se no sentido da qualidade da sua saúde e da sua vida (Parse, 1998), em que o ser humano encontra o significado do vivido quando reflete sobre o mesmo.

Estas mulheres, perspectivadas como seres unitários, são mais do que a soma das suas partes, em constante interação mútua e simultânea e são cocriadoras das situações de vida com o ambiente, em que o enfermeiro oferece a sua presença verdadeira e guia a pessoa no desvelar do significado da situação a mover-se em direção aos seus sonhos e esperanças, em que a meta principal é a qualidade de vida sob a perspetiva da própria pessoa (Parse, 1998).

Os cuidados de enfermagem prestados aos indivíduos com problemas de adição a substâncias psicoativas de uma forma geral, e a estas mulheres em particular, deverão facilitar os múltiplos processos de transição com base nas suas experiências, nos seus contextos, nas suas recaídas e nos processos individuais de recuperação, com vista à sua autonomização (Rosa, Gomes & Carvalho, 2000).

Este estudo teve como finalidade a exploração da variabilidade infinita de maneiras de como uma mulher, em situação de vulnerabilidade acrescida, pode expressar e sentir-se como mulher e como mãe, para que se possa compreender as mudanças que decorrem durante a gravidez, parto e nascimento dos filhos, tornando a experiência contextual e significativa destas mulheres visível, para que estas possam ser consideradas como um recetor ativo das ações do cuidador, nomeadamente, dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Por outro, esta investigação poderá contribuir para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem específicas face à problemática em estudo, tal como de programas e projetos terapêuticos neste domínio. Tomando como enfoque que “o conhecimento proporcionado pela experiência vivida dos fenómenos humanos de saúde-doença em matéria de adição a substâncias psicoativas tem o potencial de iluminar e consequentemente de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem...” (Lopes, 2012, p.45), legitima-nos a questionar de, como vivem as mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas a experiência da transição para o papel maternal.

Desta forma, o objetivo geral deste estudo passa por compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho.

Atendendo à problemática do nosso estudo, delineámos os seguintes objetivos específicos, tendo por base marcos temporais na experiência vivida e pré-refletida destas mulheres:

- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento da gravidez;
- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento do trabalho de parto e parto;

- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento pós parto (até aos 30 dias após o nascimento da criança);
- Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas durante o primeiro ano de vida do filho;

Assim, face à nossa problemática definimos como questão orientadora da nossa pesquisa: Qual é Experiência Vivida da Transição para o Papel Maternal de Mulheres com Problemas de Adição a Substâncias Psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho?

Parte II – O Caminho da Procura do Sentido do Ser...

... No agora, aludiremos à metodologia e ao método que permitem o acesso ao fenómeno, à apreensão e compreensão

2. Orientação Metodológica do Estudo...

“Toda investigação é sempre uma possibilidade ôntica da pre-sença. O ser da pre-sença tem o seu sentido na temporalidade. (...) a pre-sença é sempre o seu passado e não apenas no sentido do passado que sempre arrasta atrás de si (...) possui, como propriedades simplesmente dadas, as experiências passadas (...)”

(Heidegger, 2006, p. 48).

Procurando neste capítulo apresentar a orientação metodológica e o método para o nosso estudo, importa continuar a alicerçá-lo nos pressupostos inerentes a uma investigação fenomenológica interpretativa, para que nos seja possível aceder à compreensão do fenómeno em estudo.

Através dos pressupostos existenciais de Heidegger, procurámos aceder à conceptualização do sujeito vivido, no mundo e com o mundo, alicerçando-nos também na hermenêutica gadameriana, visando esta, revelar e esclarecer qual o significado mais profundo do que está oculto.

Afastando-nos de um paradigma interpretativo da procura do sentido exato da norma, direcionamo-nos fundamentados nos trabalhos de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer para uma busca da compreensão como totalidade, em que a linguagem nos medeia o acesso ao mundo e às coisas.

Face à questão de investigação, entendemos que esta pesquisa se situa no paradigma qualitativo (Savin-Baden & Major, 2013), de desenho fenomenológico e interpretativo, inspirado na fenomenologia existencial de Heidegger e na hermenêutica de Gadamer, o que permitirá ao investigador o acesso ao fenómeno, à sua apreensão e compreensão, sendo que o mesmo tem início na experiência vivida do investigador no âmbito da sua atividade profissional. Trata-se ainda, de um estudo transversal e retrospectivo no que respeita à colheita de dados.

A fenomenologia hermenêutica é um método de reflexão sobre as estruturas básicas da experiência vivida. Experiência vivida significa que a fenomenologia reflete sobre a vida pré-refletida da existência humana (Van Manen, 2014). Partindo do sentido de Ser no mundo e da existência humana, Heidegger (2006) propõe uma compreensão do Homem enquanto *ser-no-mundo*, um *ser-aí*, procurando a desocultação da vida humana, em que a fenomenologia nos permite aceder aos fenómenos vividos, como aquilo que se revela e se mostra em si mesmo (Heidegger, 2012), compreendidos e com significado (Leon, 2009), através da interpretação

dos mesmos. A interpretação é basilar para o processo de compreensão e estudo dos fenômenos, com vista a que os mesmos se tornem claros e evidentes (Laverty, 2003).

A fenomenologia hermenêutica heideggeriana, partindo do ser-no-mundo, possibilita-nos a busca de sentido através da interpretação. Assim, através da linguagem poder-se-á aceder à interpretação e compreensão do fenómeno, em que o “paradigma da ciência de enfermagem deve permitir que os fenómenos humanos sejam investigados” (Watson, 2002, p.20), assente num contexto ipsativo, transaccional, metafísico e humanístico, centrado na experiência humana em que a pessoa é o ponto de partida. Hermenêutica significa compreender profundamente a experiência vivida, entendendo que a experiência vivida significa que a fenomenologia reflete sobre a vida pré-reflexiva ou pré-predicativo da existência humana (Van Manen, 2014).

Heidegger, como vimos no primeiro capítulo deste trabalho, propõe-nos o problema do sentido do ser e da existência humana, partindo de um *ser-aí* e um *ser-no-mundo-com-os-outros*, em que estabelece intrinsecamente uma relação com o mundo e com as coisas, assente numa temporalidade que vai do nascimento à morte. Existindo, este ser projeta-se num vivido, em que na procura da desocultação e compreensão do vivido, o Homem faz sentido de si. O trabalho hermenêutico heideggeriano visa interpretar o que se mostra, um ser lançado no mundo que tem o caráter de ser em possibilidade, em que “A *pre-sença sempre se compreende a si mesma a partir de sua existência, de uma possibilidade própria de ser ou não ser ela mesma*” (Heidegger, 2006, p.39). Neste posicionamento, a fenomenologia ocupa-se do velamento e do desvelamento, na abertura do *ser-aí*, isto é, a fenomenologia permite aceder ao que deve tornar-se o tema da ontologia (a ontologia trata do *ser enquanto ser*), permite determinar o objeto da ontologia.

A compreensão da circularidade hermenêutica faz-se através do entendimento de *Dasein* e do sentido do ser, em que o *ser-aí* já possui uma pré-compreensão daquilo que vai interpretar, “A interpretação nunca é a apreensão de um dado preliminar isenta de pressuposições” (Heidegger, 2006, p.207).

Segundo Laverty (2003), o círculo hermenêutico movimenta-se entre as partes da experiência vivida para o todo e vice-versa, em que o processo de interpretação se associa a um conjunto de pré-concepções que ancoram no processo compreensivo do fenómeno em estudo.

A fenomenologia é, em certo sentido, sempre descritiva e interpretativa, linguística e hermenêutica, sendo uma via de acesso ao mundo como nós o experienciamos pré-refletidamente (Van Manen, 2014). Para Heidegger (2006, p.228) o “homem mostra-se como um ente que é na fala”, em que comunicar é um ato complexo que não se reduz apenas ao

pronunciamento de enunciados apofânticos entre sujeitos isolados entre si, em que a comunicação tem de ser compreendida a partir da estrutura do *ser-aí* como *ser-com-o-outro* (Heidegger, 2012). Escutar é estar aberto ao processo compreensivo do ser-no-mundo. É através da linguagem que o indivíduo se relaciona com o mundo, sendo somente através da mesma possível a compreensão do fenômeno, com base num processo circular e dialógico em que se funde o intérprete e o significado do texto (Gadamer, 2002).

A fenomenologia hermenêutica heideggeriana vai para além da interpretação normativa, procurando, através da linguagem como meio de acesso ao mundo e às coisas, a compreensão dos fenômenos como um todo (Lopes, 2012).

Partindo das reflexões heideggerianas, Hans-Georg Gadamer considera que a hermenêutica é uma característica existencial e essencial do homem, porque ele próprio, no seu existir, é um ser hermenêutico,

“O modo como vivenciamos uns aos outros, como vivenciamos as tradições históricas, as ocorrências naturais de nossa existência e do nosso mundo, é isso que forma um universo verdadeiramente hermenêutico, no qual não estamos encerrados entre barreiras intransponíveis, mas para o qual estamos abertos” (Gadamer, 1999, p.35).

É através do ato hermenêutico que o homem experimenta a abertura ao mundo e com o qual entra em processo dialógico partindo da sua historicidade. Simultaneamente é um ser linguístico, no sentido em que todo o seu universo é traduzido em linguagem.

Enquanto ser compreensivo, o mesmo está mergulhado num tempo, num espaço e numa cultura que faz com que esteja imerso por preconceitos transmitidos ou construídos durante o seu existir, em que cada intérprete está imerso num conjunto de pré-juízos que fazem parte do seu ser (Gadamer, 1999).

Só através dos seus próprios conceitos prévios, é que o homem se torna capaz de compreender algo, sendo que estes não dificultam ou limitam a compreensão dos fenômenos, pelo contrário, a postura hermenêutica passa por tornar claro esses pré-conceitos (Gadamer, 1999). Consciente disto, o interprete clarifica e toma em consideração os seus pré-conceitos, possibilitando um novo encontro com o fenômeno a interpretar. Ninguém vai ao fenômeno isento de conceitos prévios, mas é capaz de formar compreensão justamente porque está consciente desses elementos e consegue ir ao encontro do compreendido e entrar em diálogo com ele (Santos, 2013).

A linguagem permite ao homem uma determinada relação com o mundo, sendo que somente através dela é que o homem se consegue relacionar com o mundo, permitindo a convivência entre os seres e a sua relação mútua. Para Mantzavinos (2005), não existe a possibilidade de termos um pensamento sem linguagem, não existindo também a

possibilidade de compreensão de um fenômeno sem a construção de conceitos, neste sentido, a linguagem caracteriza o agir no mundo e fundamenta a relação entre o homem e o próprio mundo. É a partir deste encontro, que o mundo se apresenta ao homem e é a partir da linguagem que o homem lhe dá sentido, “aquele que tem linguagem, tem o mundo” (Gadamer, 1999, p. 657).

Para Gadamer (1999), o processo interpretativo é sempre um encontrar-se, que se dá na abertura à alteridade da coisa que se busca compreender. É na fusão de horizontes, no encontro de dois momentos ancorados num processo dialógico, que a compreensão se realiza. O processo de compreensão não é estático, sendo que o conhecimento que proporciona é sempre atualizado “por intérpretes futuros” (Lopes, 2012, p.55).

Para Allen e Jenson (1990, p. 245),

“o círculo hermenêutico de interpretação move-se para a frente e para trás, a começar no presente. O processo interpretativo subjacente ao significado surge das interações, trabalhando para fora e para trás, de si para o acontecimento e do acontecimento para si.”

A abordagem fenomenológica hermenêutica busca a natureza da compreensão de um determinado fenômeno, em que a interpretação aparece em texto, permitindo-nos a tomada de consciência da sensibilidade do ser humano e seus modos de estar-no-mundo (Smith, Flowers & Larkin, 2013).

Iluminados para revelar os significados dos fenômenos, a fenomenologia hermenêutica reconhece a localização situada da interpretação e reconhece o papel da linguagem e da historicidade da interpretação, procurando, por isso, o entendimento face ao fenômeno em estudo, somente alcançado pela fusão de horizontes (Gadamer, 1999; Smith, Flowers & Larkin, 2013).

2.1 O Sujeito Investigador

Centrando-se a investigação fenomenológica no mundo do vivido, ela é varrida por um feitiço de ver o coração das coisas e de um fascínio pelo significado (Van Manen, 2007), em que o investigador se co-envolve na experiência vivida do outro como um ser com-o-outro.

Envolto no fenômeno em estudo, o investigador apropria-se da realidade vivida pelo outro num processo de compreensão e interpretação, em que a principal fonte de dados é o diálogo em profundidade entre o investigador e o informante. Desta forma, ambos são considerados co-participantes, na medida em que o investigador procura entrar no mundo do informante, para que dessa forma tenha pleno acesso às suas experiências (Smith, Flowers & Larkin, 2013).

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a investigadora, tem desde 2007, se debruçado sobre as questões de saúde e de doença prementes na mulher, procurando desenvolver cuidados de enfermagem significativos a estas.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, assumiu a responsabilidade pelo exercício profissional nas áreas de intervenção no âmbito do Planeamento familiar e Pré-concepcional, Gravidez, Parto, Puerpério, Climatério, Ginecologia e Comunidade. Foi responsável pela operacionalização do projeto de saúde pública “Prevenção e Dissuasão para a Toxicodependência”, em articulação com a Autoridade de Saúde Pública e Tribunal Judicial de Tomar, tal como colaborou com o Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Abrantes no programa de manutenção com metadona. Para além disso, integrou a Unidade Coordenadora Funcional da Saúde da Mulher, Materna e Neonatal da Lezíria e Vale do Tejo, tendo ainda desenvolvido alguns projetos para jovens, ao abrigo do programa de saúde escolar, no domínio da prevenção de comportamentos aditivos.

Como professora do ensino superior na área de enfermagem, integrou a lecionação de várias unidades curriculares no domínio da saúde da mulher e da saúde materna, quer no curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, quer em diferentes cursos de licenciatura em enfermagem. Ao longo destes anos como docente, tem procurado produzir investigação científica no sentido de que os seus resultados possam confluir para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem significativas para os clientes, possibilitando aos estudantes um percurso formativo assente numa matriz científica para a melhor prática clínica. Quer sob a forma de supervisão clínica, quer de orientação presencial, tem acompanhado estudantes nacionais e estrangeiros nas suas práticas clínicas, em serviços de obstetrícia e ginecologia.

Apesar de nunca ter colaborado ao nível da prestação direta de cuidados de enfermagem com as três Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da Região Centro de Portugal onde se realiza esta investigação, desde o momento do delinear do projeto foi mantido contacto com a coordenadora da equipa, com vista a garantir a aproximação com o fenómeno em estudo por parte da investigadora, como também a possibilidade de estruturar o projeto de investigação da melhor forma, no entanto, o investigador nunca teve qualquer contacto com as mulheres entrevistadas, antes da realização das mesmas.

Norteadas pelo entendimento de que a enfermagem é portadora de um corpo de conhecimentos sistematizado em saber disciplinar, esta, tem lugar, desenvolve-se e sustenta-se numa prática, em que os seus profissionais facilitam os processos de transição tendo em vista o bem-estar dos indivíduos (Meleis et al., 2010).

Julgando ainda, que a enfermagem se foca no ser humano como um todo e defende a compreensão do particular, dado que lida com significados percebidos ou observados, a mesma, “perspetiva os seres humano como sujeitos vivenciados, em que o enfermeiro e a pessoa são co-participantes” (Watson, 2002, p. 31), em que a principal meta da enfermagem é melhorar a qualidade de vida das pessoas, respeitando a perspetiva de qualidade de vida de cada uma destas (Parse, 1998). Tratando-se de uma relação intersubjetiva, o enfermeiro está comprometido e preocupado com o bem-estar e desenvolvimento da pessoa cuidada.

Não fazendo sentido se assim não fosse, a investigadora procura tornar claro as suas pressuposições e motivações, enfatizando que detém um gosto pessoal pela investigação centrada na mulher, especialmente associada a situações de grande vulnerabilidade, em que esta é entendida como o potencial humano de experienciar dano físico, psicológico, ameaça espiritual e sofrimento moral, com efeitos individuais mas também nas comunidades em que estas mulheres estão inseridas.

Explicados os seus sentimentos e perceções, a investigadora, sendo também ela mãe de dois filhos, teve especial atenção em não fazer julgamentos sobre o que observou ou viu e em permanecer aberta aos dados consoante foram sendo revelados (Smith, Flowers & Larkin, 2013).

2.2 As Participantes

A investigação fenomenológica permite-nos responder a questões de como a experiência dos seres humanos é vivida e como dá sentido à vida humana, possibilitando-nos compreender como se constrói a realidade tal como é experienciada pelos sujeitos (Smith, Flowers & Larkin, 2013). Este conhecimento, permitirá a compreensão e interpretação da experiência subjetiva e das particularidades abstratas do que é único e específico, sendo por isso fundamental para a construção do conhecimento em enfermagem, em que aquilo que importa é a realidade vivida pelos seres humanos (Streubert & Carpenter, 2011; Smith, Flowers & Larkin, 2013).

Na investigação realizada, os sujeitos foram selecionados tendo por base o fenómeno em estudo, com papel ativo na pesquisa, tendo o investigador o objetivo de obter uma descrição densa do fenómeno em estudo (Smith, Flowers & Larkin, 2013). Segundo Cohen, Philips e Palos (2001) para a produção de conhecimento em enfermagem, os enfermeiros deverão aprofundar o seu estudo sobre os indivíduos em condições vulneráveis já que isso lhes permitirá aceder aos fenómenos encobertos, desenvolver intervenções de enfermagem que derivem dos achados encontrados, competência e sensibilidade cultural e conhecer a natureza heterógena dos indivíduos alvo dos seus cuidados.

Procurando a compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, partimos para encontros significativos com estas, através de uma escolha propositada e intencional (amostragem com propósito / proposital) orientada pelas propostas apresentadas pelas equipas de enfermagem que constituem as três Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da Região Centro de Portugal (Centro de Respostas Integradas - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), detendo estas um conhecimento aprofundado sobre as participantes, permitindo desta forma ao investigador atingir os objetivos do estudo e responder à questão de investigação.

Entendemos definir como critérios de elegibilidade para a participação no nosso estudo, mães com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos, que soubessem ler e escrever e que acordassem voluntariamente participar na nossa investigação.

Todas as participantes estavam ao abrigo de programas terapêuticos (substituição narcótica de opiáceos) no âmbito dos Centros de Respostas Integradas, desde o período pré-natal até ao momento da colheita de dados.

Não se pretendendo qualquer tipo de representatividade ou extrapolação, já que neste tipo de investigação o que se pretende é dar contributos significativos para a compreensão do fenómeno em estudo, definimos dez, o número mínimo de participantes, com vista a alargar ao máximo as possibilidades de análise e interpretação do fenómeno em estudo, com o objetivo de que este se torne claro, no entanto, os estudos fenomenológico-hermenêuticos não se centram no número de casos, mas sim na captura dos significados individuais face ao fenómeno a estudar (Smith, Flowers & Larkin, 2013).

2.3 Colheita de Dados

Entendemos que a entrevista fenomenológica com uma abordagem não estruturada nos permitiu uma descrição colorida do fenómeno, permitindo às participantes narrarem nas suas próprias palavras a sua experiência vivida do fenómeno, bem como a possibilidade de uma melhor interpretação da forma como o mesmo é experienciado pelas participantes do estudo.

Neste âmbito e tendo já clarificado que tratando-se de uma investigação fenomenológico-hermenêutica em que o investigador é co-participante na mesma, não podemos deixar de enfatizar que ao longo do desenvolvimento da mesma o investigador tem a responsabilidade em analisar a sua influência na pesquisa. Os investigadores devem ter a consciência da sua influência na colheita e interpretação dos dados, desenvolvendo mecanismos de auto-

reflexão, em que somente com esta clareza é que estão prontos para entrar no campo e colher os dados (Savin-Baden & Major, 2013; Streubert & Carpenter, 2011).

Numa entrevista não estruturada e sem guião prévio, o investigador tem um objetivo e um plano em mente, mas não usa um protocolo de entrevista estruturada. Assim, este tipo de entrevista depende da geração espontânea de perguntas, sendo que a maioria das questões surgem a partir do contexto. As questões tendem a ser questões abertas que exigem respostas amplas (Savin-Baden & Major, 2013), tendo por base questões norteadoras em consonância com os objetivos para a pesquisa (Van Manen, 2014).

Procurando a compreensão do significado da experiência por quem experienciou, realizaram-se várias reuniões formais com os profissionais de saúde que acompanhavam as participantes, no período de janeiro a maio de 2015. Os objetivos destas reuniões passaram por perceber, face aos critérios definidos para participação na investigação, o número de mulheres que respondiam aos mesmos e permitir ao investigador aproximarmo-nos do contexto do estudo, criando laços de confiança com a equipa que cuida destas mulheres há alguns anos, já que seriam sempre estas a referenciar as potenciais participantes (Anexo I), após lhes facultarem a informação sumária sobre a investigação a desenvolver. Whiting (2008) refere-nos que o investigador deverá fazer a apreensão do contexto onde as participantes se movem, a sua exploração e estabelecer cooperação.

Posteriormente à realização das reuniões para a sinalização de uma ou mais possíveis participantes, a investigadora mostrou-se sempre disponível para ter um contacto prévio com as participantes, com vista a clarificar todos os aspetos inerentes à investigação, seus objetivos, colheita e análise dos dados. Os contactos prévios que antecederam à realização das entrevistas ocorreram num local selecionado pelas participantes, que passou pelas suas próprias casas, jardins ou salas disponíveis nos Centros de Respostas Integradas. Após explanado todo o desenvolvimento do estudo, as participantes foram convidadas a ler o termo de consentimento e caso concordassem em participar na investigação, assinavam o mesmo (Anexo II). Nesse mesmo dia ou noutra devidamente agendado, atendendo às disponibilidades das participantes e da investigadora, foi marcado o primeiro momento para a realização da entrevista num lugar e num momento mais conveniente para as participantes, já que “quanto mais confortável estiver, mais provável é que partilhe informação importante” (Streubert & Carpenter, 2011, p.37).

Definimos à partida um momento (encontro) para a realização das entrevistas com as participantes. No entanto, atendendo ao contexto de vida destas mulheres, à sua situação de vulnerabilidade e ao fenómeno em estudo que consideramos como sendo de grande complexidade, houve necessidade em alguns casos, de realizar dois encontros com as

participantes. As entrevistas decorreram tendo por base uma atitude dialogante entre a investigadora e as participantes, sustentadas nos objetivos traçados para a investigação que serviram de mote ao diálogo, em que é no encontro do ser por meio da linguagem que tudo acontece.

Entendendo que não existe desvelamento do fenómeno sem discurso, a fenomenologia procura colocar em evidência o sentido do fenómeno com significação, neste sentido, o homem constrói-se pelos seus atos, pela exteriorização da sua vida e pelos efeitos que ela produz sobre os outros, em que “a instância do discurso é autorreferencial. O carácter de evento vincula-se, agora, à pessoa daquele que fala. O evento consiste no facto de alguém falar, de alguém se exprimir tomando a palavra” (Ricoeur, 1990b, p. 46). O discurso é evento porque é realizado pelo homem numa situação temporal, em que existe uma intencionalidade e um significado que é revelado pela linguagem. O homem, *ser-aí*, *ser-no-mundo*, adquire compreensão da experiência vivida, quando a sua significação se torna pública, isto é, quando trazemos à linguagem a experiência, tornando o refletido o pré-refletido. Neste sentido, Ricoeur (1990b, p. 46) afirma que “só o discurso possui, não somente um mundo, mas o outro, outra pessoa, um interlocutor ao qual se dirige. Neste último sentido, o evento é o fenómeno temporal da troca...”.

A gravação da entrevista realizou-se em suporte audio, no sentido de converter as entrevistas em textos escritos, tal como a tomada de notas de campo em suporte de papel através de um bloco de notas. O processo de realização das entrevistas demorou cerca de quatro meses e decorreu entre os meses de maio e agosto de 2015.

2.4 Processo Metodológico de Análise dos Dados

Atendendo a que a hermenêutica opera sob a compreensão, alicerçada no processo interpretativo (Ricoeur, 1990b), é através da linguagem que se realiza o acordo entre o entrevistador e entrevistado permitindo o entendimento sobre o fenómeno em estudo (Gadamer, 1999). Após a realização de uma entrevista e sua gravação, o investigador procedeu à sua transcrição, associando as notas de campo tomadas no decurso da mesma. Posteriormente à transcrição completa, o texto narrativo foi enviado às participantes, através de correio eletrónico e em alguns casos por correio, no sentido de estas validarem o processo de transcrição realizado pela investigadora. A investigadora posteriormente entrou em contacto telefónico com as mesmas.

Com vista à apropriação dos dados, nenhuma entrevista foi realizada sem que a anterior tivesse sido transcrita. Isto, permitiu à investigadora deslocar-se no sentido da procura da

compreensão do fenómeno e sua desocultação. “A linguagem é o médium universal em que se realiza a própria compreensão. A forma de realização da compreensão é a interpretação” (Gadamer, 1999, p. 566).

Após a validação da transcrição pelas participantes, os textos foram analisados com vista a retirar dos mesmos os aspetos não relacionados com o fenómeno em estudo, permitindo ao investigador procurar centrar-se no fenómeno em estudo, deixando de lado aspetos muito abstratos ou divagações relacionadas com outros assuntos. Segundo Benner, Tanner e Chesla (2009), isto permite recolher e destapar os fenómenos.

No processo de análise fenomenológica, o investigador mergulhou nos dados, fazendo leituras e releituras circulares dos mesmos (Smith, Flowers & Larkin, 2013), buscando a compreensão de cada dado em relação ao todo, e do todo em relação a cada dado (circulo hermenêutico).

Com vista a orientarmo-nos no processo de análise dos dados acedidos através das entrevistas recorreremos aos pressupostos processuais de Van Manen (1990) em que o investigador se voltou para a natureza da experiência vivida, dedicando-se e concentrando-se no fenómeno do seu interesse e que nos compromete com o mundo, considerando, por isso, a investigação da experiência tal como se vive, mais do que como se conceptualiza. Através deste processo, o investigador acede às “estruturas da experiência” (Van Manen, 1990, p. 78), procurando construir os temas fenomenológicos com base na experiência vivida e narrada.

O investigador assume que a fenomenologia é o método para chegar às estruturas do significado das experiências vividas. Este método, denominado de redução, consiste em dois movimentos opostos que se complementam um ao outro (Van Manen, 2014). Num movimento, procurar-se-á colocar entre parêntesis (*Epoché* ou *Bracketing*) as ideias preexistentes ou preconcebidas do investigador face ao fenómeno. Num outro movimento, em sentido contrário, procurar-se-á a essência do fenómeno em estudo através da redução (*Reduction*), em que se pretenderá uma descrição rica da experiência face ao fenómeno em estudo e a sua tradução “através de *clusters*, *insights* ou conjunto de temas a partir da compreensão dos relatos” (Moreira, 2002, p.47; Van Manen, 2014, p.215).

O investigador refletiu nos temas essenciais que caracterizam o fenómeno, sobressaindo estes do que é análogo nas descrições produzidas pelas participantes e que revelam um significado fundamental face ao fenómeno em estudo. Indo ao encontro de Ricoeur (1990b, p. 26)

“a hermenêutica comporta algo de específico; visa reproduzir um encadeamento, um conjunto estruturado, apoiando-se numa categoria de signos, os que foram fixados pela escrita ou por qualquer outro procedimento de inscrição equivalente à escrita. Torna-se impossível, pois

apreender a vida psíquica de outrem em suas expressões imediatas; deve-se reproduzi-la, reconstruí-la, interpretando os signos objetivados (...)"

Imerso nos temas essenciais, o investigador procurou descrever o fenómeno através da arte da escrita e da reescrita, em que as singularidades de cada participante estão presentes em cada extrato que procuram ilustrar e iluminar a historicidade da experiência humana. Em todo este processo, o investigador procurou manter uma orientação disciplinar na relação com o fenómeno, quer ao nível do seu posicionamento ontológico, quer epistemológico.

Durante esta caminhada da análise dos achados, o investigador contou com a contribuição dos orientadores deste trabalho, já que estes tinham o domínio do paradigma ontológico e epistemológico em que se situava o investigador, tal como uma aproximação ao fenómeno em estudo pelo acompanhamento desta investigação desde o momento da sua conceção. Indo ao encontro do que Van Manen (1990) nos fala sobre o tratamento dos dados em contextos de análise colaborativa, a investigadora contou com a colaboração de docentes e investigadores especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica da Escola Superior de Saúde de Leiria, de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e de um grupo de doutorados associados à linha de investigação em experiência vivida da unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito da análise colaborativa dos nossos dados.

O círculo hermenêutico só se fechou, quando para nós foi possível chegar a consenso face à compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas (Debesay, Nåden & Slettebø, 2008).

2.5 Questões Éticas

Do ponto de vista ético, seguir a abordagem de Emmanuel Levinas parece fazer-nos sentido, em que a responsabilidade e igualdade face ao outro e à sua experiência, alicerçam o encontro face a face, em que o outro é sempre o desconhecido, e é no momento do encontro "no acolhimento do rosto (acolhimento que é já da minha responsabilidade a seu respeito e em que, por consequência, ele me aborda a partir de uma dimensão de altura e me domina), instaura-se a igualdade" (Levinas, 2014, p.192).

A responsabilidade "... não é um simples atributo da subjetividade, como se esta existisse já em si mesma, antes da relação ética. A subjetividade não é um para si: ela é, mais uma vez, inicialmente para o outro" (Levinas, 2013, p. 88). Contribuindo para o nascimento da subjetividade Levinas remete para a alteridade, em que o Outro "desperta o eu para as suas próprias e singulares responsabilidades" (Alves, 2012, p.43).

Assim, atendemos ao direito à autodeterminação das participantes em estudo, garantindo que foram salvaguardados os direitos dos indivíduos que desejavam ou não participar autonomamente no estudo, informando-as que podiam abandonar a investigação a qualquer momento; o direito à intimidade, assegurando que nenhuma informação privada é dada a terceiros; o direito ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que as transcrições das entrevistas não identificam as participantes, e que os dados pessoais e íntimos não serão partilhados sem autorização das mesmas. Em termos éticos e tendo em conta a natureza da nossa investigação, procurou-se atender aos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (Walker, 2007).

O acesso às participantes realizou-se através de uma escolha intencional orientada pelas propostas apresentadas pelas equipas de enfermagem que constituem as três Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da Região Centro de Portugal (Centro de Respostas Integradas - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), sendo que os profissionais de saúde informaram previamente as mulheres da possibilidade de participação na investigação (Anexo I). Face à informação dada, as mulheres autorizaram ou não que o seu nome seja referenciado à investigadora para possível participação na investigação, sendo que a sua referenciação não implicou a obrigatoriedade em participar no estudo (Anexo I).

Apresentado o estudo num momento que antecedeu a realização da entrevista, as participantes foram convidadas a participar no mesmo, acedendo previamente ao termo de consentimento informado (Anexo II). Este consentimento “deve ser obtido por escrito após clara explicação da investigação e das suas fases tal como das potenciais consequências para o participante, caso estas existam” (Martins, 2008, p. 64).

Atendendo que para esta pesquisa recorreremos à entrevista não estruturada, foi dada a oportunidade de as participantes escolherem o local para a mesma se realizar. Foram informadas antecipadamente da sua gravação e procedimento inerente à transcrição das mesmas. Podendo as entrevistas abordar temas sensíveis, onde possa ser evidente algum desconforto, o investigador desenvolveu todas as estratégias para o minimizar, sendo que “é eticamente questionável para os pesquisadores abordar questões sensíveis sem estarem preparados para lidarem com a angústia resultante” (Walker, 2007, p.40).

Após a realização das entrevistas, o investigador tomou a decisão de devolver às participantes a transcrição das mesmas no sentido que estas validassem a credibilidade do processo de transcrição. Atendendo a que foi estabelecida uma relação de confiança entre as participantes e a investigadora e com vista a garantir que a mesma relação não fosse defraudada, após a transcrição individual de cada entrevista, foi acordado, com cada

participante, o envio da transcrição por correio e/ou correio eletrónico. Após o envio das mesmas, foi estabelecido novo contato telefónico com as participantes, com vista a que estas pudessem exprimir a sua apreciação. Nenhuma das participantes sugeriu alterações às transcrições realizadas e apresentadas pela investigadora.

Neste estudo foram tidos em consideração todos os procedimentos formais necessários no que diz respeito ao pedido de autorização para a realização da investigação e sua aprovação, nomeadamente à Administração Regional de Saúde do Centro, que autorizou a realização do estudo (Anexo III), após emissão de parecer favorável do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Anexo IV) e das Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento. O protocolo de investigação foi ainda analisado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, tendo sido este aprovado pela mesma (Anexo V).

Parte III – O Encontro com o Fenómeno...

... Encontramo-nos através da experiência vivida

3. Tornar Refletido o Pré-Refletido...A Experiência Viva

“O ente que temos a tarefa de analisar somos nós mesmos. O ser deste ente é sempre e cada vez meu. Em seu ser, isto é, sendo, este ente se comporta com o seu ser. Como um ente deste ser, a pre-sença se entrega à responsabilidade de assumir seu próprio ser. O ser é o que neste ente está sempre em jogo.”

(Heidegger, 2006, p. 77)

Se o processo de transcrição de todas as narrativas proferidas pelas participantes permitiram à investigadora que numa primeira fase interiorizasse a experiência vivida das participantes, após leituras e releituras dessas mesmas transcrições, foi possível começar a escrever e a reescrever as nossas próprias interpretações e a possibilidade de compreensão do fenómeno em estudo. Foi através da polissemia das palavras proferidas por cada participante, num determinado contexto, que a investigadora se apropriou da historicidade da experiência humana. A “experiência é o nome para o que se nos apresenta diretamente. Experiência é o que se apresenta no imediato, não mediado por pensamentos, imagem ou linguagem subsequentes” (Van Manen, 2014, p. 225), sendo que, só nos é possível aceder à experiência vivida através do pensamento e da linguagem, já que “(...) acima da realidade está a possibilidade. A compreensão da fenomenologia depende unicamente de apreendê-la como possibilidade” (Heidegger, 2001, p. 63).

Primeiramente, entrámos na ‘voz’ de cada participante, procurando fazer emergir os temas essenciais que caracterizam o fenómeno, recorrendo para isso aos extratos da experiência vivida proferida por cada participante, atendendo aos objetivos delineados para o estudo. De seguida e partindo da análise e interpretação do singular, a investigadora procurou desvelar experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas para o grupo das participantes do estudo.

Atendendo a que as participantes no nosso estudo apresentam características muito singulares e sendo estas seguidas por três Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da Região Centro de Portugal (Centro de Respostas Integradas - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), pensamos que poderia de alguma forma ser fácil identificá-las. Assim, e procurando salvaguardar este aspeto, faremos uma brevíssima nota biográfica das participantes do estudo, com recurso a nomes fictícios.

Tomando em consideração que o investigador é também ele co-participante nesta investigação, foram realizadas as narrativas pela voz do investigador que acompanharam cada ‘viagem’ que realizou com cada participante. Nestas narrativas, é possível aceder a medos,

dúvidas, avanços, recuos, encontros e desencontros que caracterizaram catorze viagens entre a investigadora e cada uma das participantes.

3.1 Viagens a Dois

Foram referenciadas pelas Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento (Centro de Respostas Integradas - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) dezasseis mulheres que cumpriam os critérios de inclusão. Das dezasseis mulheres referenciadas, não foi possível realizar duas entrevistas já que as participantes se encontravam internadas no serviço de psiquiatria.

Inicialmente a investigadora não estava à espera de uma tão elevada aceitação em participar no estudo por parte das participantes. Indo ao encontro do que nos refere Smith, Flowers e Larkin (2013), a análise dos achados em profundidade para grupos de maior dimensão é bastante mais difícil, colocando elevados desafios ao investigador no âmbito da própria realização das entrevistas, sua transcrição e análise, quando comparado a grupos de menor dimensão. No entanto, tendo em conta que a não inclusão no estudo de alguma participante poderia ser entendida por estas de não aceitação ou menosprezo da sua experiência, a investigadora assumiu o compromisso para com os profissionais de saúde das Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento que entrevistaria todas as mulheres referenciadas.

Prestada a informação prévia por parte dos profissionais de saúde acerca da investigação e das participantes terem assinado o documento de referenciação de potenciais participantes, a investigadora tomou contacto com os nomes e respetivos contactos. Após um primeiro contacto telefónico entre a investigadora e as participantes, foi agendado o momento de realização das entrevistas, atendendo à disponibilidade das mesmas. As entrevistas decorreram num local à escolha das participantes, sendo que maioritariamente as participantes optaram por realizar a entrevista no seu domicílio.

Por ruas e ruelas, a investigadora deslocou-se em carro próprio ao domicílio das oito participantes que assim o solicitaram. A deslocação ao domicílio das participantes tornou mais penoso o processo de colheita de dados, não só pelas viagens por caminhos incertos, mas fundamentalmente pela falta de um 'escudo protetor' que uma qualquer organização nos oferece enquanto profissionais de saúde. Se realizar as restantes seis entrevistas nas instalações das diferentes Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento permitiu um contacto muito próximo com os profissionais de saúde que as integram e com o contexto

terapêutico no qual estas mulheres estão abrangidas, a realização da entrevista no domicílio possibilitou à investigadora o acesso direto ao mundo contextual onde estas mulheres se inserem. Nestas casas, observaram-se as paredes, móveis e fotografias mais ou menos emolduradas. Sentiram-se os cheiros, provaram-se sabores e acedeu-se ao vivido. As entrevistas duraram, em média, cerca de quarenta e cinco minutos, sendo que a entrevista mais curta durou cerca de vinte e cinco minutos e a mais longa, que decorreu em dois dias distintos, perfez a duração total de três horas e trinta minutos.

Dora (N1), Ana (N2), Maria (N3), Irene (N4), Raquel (N5), Sandra (N6), Patrícia (N7), Nélia (N8), Cristina (N9), Carla (N10), Inês (N11), Paula (N12), Carlota (N13) e Aurora (N14) são os nomes fictícios das catorze participantes do nosso estudo. Com cada uma delas, a investigadora fez uma viagem a dois, onde se desvelaram as coisas como estas se manifestaram para cada uma das nossas participantes.

Maioritariamente estas mulheres tinham idades compreendidas entre os vinte e sete anos e os quarenta e um anos de idade, possuindo entre um a quatro filhos, sendo que nove das participantes possuem a regulação do poder parental dos seus filhos, habitando estes, no momento de realização das entrevistas, com estas. Três das participantes acompanharam os seus filhos durante o primeiro ano de institucionalização dos mesmos, sendo que, por imperativos legais, tiveram de abandonar as instituições, deixando os filhos aos cuidados das mesmas. Para além destas, duas das participantes também não detêm o poder parental dos seus filhos, sendo o mesmo da responsabilidade dos avós maternos ou dos avós paternos.

Foi possível ainda verificar que, de uma forma geral, estas mulheres se encontram em situação de grande vulnerabilidade social e económica, já que somente quatro das catorze participantes do estudo se encontravam empregadas. As restantes participantes não possuíam trabalho, não detendo por isso uma forma de sustentabilidade própria, estando a receber ou a aguardar que lhes seja atribuído o Rendimento Social de Inserção.

Das catorze participantes, oito co-habitam com os seus companheiros, sendo que duas vivem completamente sozinhas, duas com os seus progenitores e duas participantes vivem somente com os seus filhos. Três dos companheiros das participantes encontravam-se presos por tráfico de drogas e roubo, no momento de realização das entrevistas.

Todas as participantes deram início a programas terapêuticos (substituição narcótica de opiáceos com metadona) no âmbito dos Centros de Respostas Integradas antes ou durante o período pré-natal, mantendo-se ao abrigo do mesmo até à data da realização da colheita de dados. Só houve uma participante que no momento do término da entrevista referiu, por mero acaso, ser portadora de patologia infetocontagiosa.

3.2 Como é que o Outro se Torna Presente...

“The people who come to us bring us their stories. They hope they tell them well enough so that we understand the truth of their lives. They hope we know how to interpret their stories correctly. We have to remember that what we hear is their story. (...)Think of the life being expressed not merely as data to be analyzed and categorized but as a story to be respected and engaged.” (Bochner, 2001, p. 132).

Voltando-nos para a experiência vivida do outro e de que forma a mesma se desvela e revela para nós, procurámos, através de um ato de co-criação de sentido, analisar e interpretar com respeito, atenção e compromisso, as narrativas de cada uma das nossas participantes, apresentando no término de cada uma, a representação esquemática dos temas essenciais que emergiram das mesmas.

Dora (N1)

Numa relação anterior, Dora teve o seu primeiro contacto com o mundo das drogas e da prostituição, tendo desta relação nascido uma filha. Exercendo o seu anterior companheiro violência física e sexual sob a participante, Dora acabou por se separar, estando no momento de colheita de dados numa nova relação com um companheiro com quem tem uma forte ligação emocional. Após o nascimento da sua filha, Dora acompanhou-a e permaneceu com esta numa instituição até aos oito meses de idade, sendo que por imperativos legais teve de abandonar a mesma, deixando a sua filha institucionalizada.

Procurando compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal desta mulher no momento da gravidez, Dora referencia-nos **O Sentimento de Ambivalência** que sentiu quando descobriu que estava grávida, “(...) *por um lado fiquei muito contente e feliz e ao mesmo tempo com medo se quando ela nascesse fosse capaz (...).*” No entanto, aquela gravidez era a oportunidade, **A Oportunidade de Mudança** para mudar o rumo da sua vida e sair do mundo das drogas e da prostituição, “(...) *era a minha oportunidade, era a oportunidade, e eu tentei agarrá-la ao máximo para tentar mudar a minha vida (...).*”.

Ao longo do processo gravídico, é enfatizado pela participante **A Ligação/Vinculação ao Bebê**, enunciando comportamentos de apego para com este, “ (...) *mas depois conforme ela ia crescendo dentro de mim foi, eh pá, foi uma paz...uma coisa maravilhosa...ai! (...) Gostava de dormir agarrada à minha barriga quando ela já estava grande e sentir a bebé a mexer, é uma coisa maravilhosa, doutora. (...) Eu falava para a minha filha, desabafava com ela, ela estava ali comigo, dentro de mim.*”.

Com um **Ambiente Familiar Instável**, a gravidez foi vivida com medos, anseios e angústias, “Vivi uma gravidez complicada, não foi assim um mar de rosas, por causa do pai dela, era muita discussão (...)”, em que **A Presença de um Companheiro Desviante** se apresentou como figura desestruturante para esta mulher “O pai da minha filha tinha consumos, ele é que me levou a consumir, e quando eu estava grávida parei logo de consumir por causa da minha filha, tinha medo, muito medo, e ele não só não parava de consumir como consumia à minha frente, ele vinha ao pé de mim fumar. (...) Mas eu fiquei drogada por causa do pai da minha filha. Ele fumava ao pé de mim e obrigava-me a consumir, que foi mesmo assim, uma pessoa passa uma gravidez terrível (...). E obrigava-me a ir para a vida! (...) Quando esperamos que o pai da criança nos ajude e ele ainda escolhe a ‘puta’ da droga, não é pai não é nada. (...) Ele aproveitou-se de mim, eu estou aqui sozinha, não tenho ninguém, e estava grávida, era dependente dele...tinha que fazer o que ele mandava. Eu acreditava nas promessas dele! (...) Ele não prestava doutora, qual é o homem que gosta de ver a sua mulher grávida e lhe diz ‘olha vai fazer mais um cliente’, então doutora, desculpa lá, mas é muito difícil [chora].”.

Os problemas associados ao consumo de drogas e prostituição parecem assombrar a experiência vivida desta participante, já que está muito presente **O Sentir Medo de Alterações/Malformação no Bebê**, “Eu tive muito medo porque podia ter nascido com problemas, psiquicamente, ai que estúpida, psicologicamente. (...) Eu só pensava na minha filha e se ela vinha bem. (...) hoje ela é saudável e eu não sei como, e eu estava com risco de gravidez.”. Neste sentido, a participante procura **A Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, “Eu por causa desse medo fui a Fátima a pé, pesava quase cem quilos, mas fui e estive lá de joelhos durante 3 horas. Você nem imagina o que eu rezava a Deus (...). Por isso é que eu fui à Fátima, eu tinha fé, estava desesperada.”, e **A Procura de Modificar a História de Consumos**, “Eu não tinha consumos, quando soube que estava grávida eu quis logo deixar, o médico até me disse “não é preciso deixar assim de repente”, e eu disse, “não eu não quero, eu quero deixar!”.

No que se refere à experiência vivida da transição para o papel maternal no momento do trabalho de parto e parto, Dora refere-nos **Sentir Dores** “(...) estava farta de dores mas também ao mesmo tempo, fogo, estava feliz, queria ver a minha filha, abraçá-la, queria ver a minha filha, a gravidez durou séculos.”, embora **O Sentir Medo de Alterações/Malformação no Bebê** fosse muito presente, “(...) mas nesse momento o que eu queria é que ela viesse bem e que eu não lhe tivesse feito nenhum mal enquanto estive grávida, isso preocupava-me, fogo doutora, já viu (...)”.

A participante, através do seu discurso refere por um lado **Sentir Ausência de Cuidados Médicos**, “Os médicos não quiseram saber nada de mim, estava para ali deitada, eles queriam

era andar nas fofoquices todos juntos (...). À Pala dos médicos, eles não têm atenção, eles querem é passar o turno e põem-se a andar [clica os dedos].”, realçando no entanto a presença da **Enfermeira que Cuida** e está atenta “(...) mas havia lá uma enfermeira que se não fosse ela a minha filha estava morta, é verdade doutora (...). (...) Chegou essa tal enfermeira, não tinha boa cara, tinha cara de má, fogo...só de olhar [faz cara de medo], mas graças a ela posso agradecer, ainda hoje lhe agradeço a minha filha estar viva.”.

Mais uma vez, do momento do trabalho de parto e parto, a participante alude à **Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, “Olha doutora eu passei-me...só pensava na minha filha, o quanto lhe tinha feito mal e rezei, rezei, pensei pronto a minha filha já foi!”. Aquando do nascimento da sua filha, a participante expressa **Sentir Felicidade**, “Fogo nunca mais, a gravidez demorou séculos e agora era o momento em que eu ia conhecer e ver a minha filha, estava feliz [chora ao mesmo tempo que ri]. (...) Oh doutora, quando eu de repente abro a pestana e vejo a enfermeira a entrar com ela ao colo toda embrulhada na manta dela, ai doutora...senti-me muito feliz [expressa um grande sorriso]. (...) estava feliz naquele momento doutora, era tudo para mim, era o meu tesouro a nascer [chora].”, associando-se a esta felicidade o sentimento de **Amor**, “Eu amava e amo mais que tudo na vida a minha filha, faço tudo por ela, e ela ali estava a nascer.”, o **Sentir-se Igual a outras Mães**, “Acho que este sentimento é igual em nós, não é por eu ter consumido e ser toxicodependente e ter esta vida de porcaria, que eu não tenho esses sentimentos doutora, as pessoas é que pensam isso, mas não é verdade.”, e o **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Senti que fui capaz doutora, fui capaz de ter aquela bebé dentro de mim nove meses e ela nascer bem, perfeita doutora. Voltava para trás no tempo doutora.” Deste momento a participante expressa ainda o **Sentir a Ausência do Contacto Imediato com o Recém-Nascido** (pele a pele), “Tenho pena, muita pena, queria ter sido eu, e queria fazer aquela coisa de estar deitada e ela em cima de mim, isso ainda hoje me dói doutora, mas enfim.”, tal como o **Sentir Revolta**, “Foi o pai dela que a pegou primeiro ao colo, eh pá doutora, isso é que me dói muito, queria ser eu doutora, era eu que tinha e tenho muito amor por ela, o pai dela nunca quis saber e obrigou-me a fazer aquelas coisas durante a gravidez, que homem é aquele, um bandalho.” e **Sentir-se Humilhada**, “E o pai dela gastou tanto dinheiro numa manta e não foi capaz de comprar uma manta cor-de-rosa, você imagina que a minha filha vinha embrulhada numa manta azul, é mesmo estúpido aquele homem, toda a gente pensava que era rapaz, oh pá, foi uma humilhação para mim, nem imagina, uma humilhação, (...).”.

No que concerne ao momento pós parto e primeiros 30 dias após o nascimento da criança, a participante remete-nos a sentimentos de **Culpa por uma História de Vida Passada**, “No primeiro mês a Maria (nome fictício) teve de fazer o desmame da metadona e esse período

foi muito difícil. Passei todo o tempo no hospital e marcou-me muito os momentos que a minha filha estava a ressacar, é horrível, horrível ver isso no nosso filho [chora], ninguém imagina o que isso é, nunca vou esquecer. (...) Eu não lhe queria ter feito isto, doutora!”, assente também num **Filho Não Planeado**, “Ela não foi planeada doutora, eu só queria ter um filho ou uma filha quando tivesse a minha vida organizada, quando estivesse fora desta vida, da metadona, quando eu fosse uma pessoa normal, eu hoje sou uma pessoa normal, agora graças a Deus, mas só queria ter filhos quando tivesse maior estabilidade, uma vida estável (...).”.

Assim, existe a **O Sentir Necessidade de Cortar com o Passado** “(...) que eu não quero que a minha filha tenha vergonha de mim, não quero. Eu não quero que ela fale de mim, como eu falo da minha mãe, (...). (...) não quero, não quero que lhe aconteça a mesma coisa, nem que cresça numa instituição.”, emergindo da narrativa proferida o **Sentir-se Mãe**, “Quando eu a agarrava ao colo ela acalmava-se. A minha filha já sabia que eu lá estava doutora, queria colo, queria carinho, foi um espetáculo, eu dava-lhe lá colo, carinhos, punha-a aqui no meu peito, quando eu pegava ela calava-se, quando a punha no berço ela não queria e rabujava. Ai doutora, eram bons esses momentos, ela já sentia a mãe, e é normal, ela estava naquele sofrimento e queria-me para eu a proteger, para a amar. (...) Uma mãe que fica a dormir e não se rala não é mãe para mim, desculpa lá. A saber que um filho está a sofrer e por nossa causa, ai eu não era capaz. (...) Quando eu vinha dormir e a deixava lá, sentia um vazio, uma ausência e uma dor horrível, horrível, queria logo que fosse dia para ir outra vez. Foi um momento difícil para nós as duas, mas ao mesmo tempo bom, porque estávamos juntas e eu é que cuidava da minha filha. Era eu a mãe!”, o **Sentir Orgulho**, “Uma enfermeira até me disse que se admirava porque normalmente as toxicod dependentes não querem saber dos filhos, saem e nunca mais voltam por causa do dinheiro, e eu disse, não, eu quero a minha filha, eu quero lutar! A CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) também me disse que não era normal eu querer a minha filha, que era um caso raro.”, e o **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Quando a bebé estava lá eu é que fazia tudo, nos primeiros dias eles é que queriam fazer e eu disse eu quero a minha filha, eu quero fazer. (...) Uma enfermeira lá no hospital então disse-me, anda cá, anda cá, estica os braços vá, tens de aprender, não pode ser só a ver. Eu fiquei tão contente, eu é que lhe dava banho, trocava as fraldas, dava de comer, tudo, tudo, eles não faziam quase nada, tratavam dos outros. Isto era muito importante para mim, eu aprendi a fazer e a minha filha sentia que era eu.”.

É ainda evidente nesta mulher **O Sentir Desilusão por Não Amamentar**, “Há uma coisa que tenho muita pena, foi eu não ter sido capaz de amamentar a minha filha por causa da metadona (...) daí eu ter ficado muito desiludida com o hospital aqui e fiquei muito revoltada, porque a miúda sentiu mais, esse sofrimento, já não bastava ter sofrido quando eu estava

grávida e agora isso, fogo, ela não tem culpa e não tem que pagar porque eu não soube escolher a minha vida [chora]. (...) Eu fiquei muito mal, se estivesse em Coimbra ela mamava do meu leite ao peito, isso é dos melhores momentos que uma mãe pode ter doutora, e eu não pude. Eles dão metadona diretamente na boca da criança doutora com um bocadinho de água, já viu, aquilo deve provocar dores e ela sem mamar, claro que a criança fica traumatizada. (...) E isso de tirar o leite à bomba e por no frigorífico e depois dar, isso não é a mesma coisa, aquilo já não presta, acho eu, não é a mesma coisa de dar de mamar, é verdade doutora, então não é? Tem de ser ao natural, a criança cresce e fortalece mais e sente o carinho da mãe.”.

Situando-se ao longo do primeiro ano de vida do filho, da narrativa da participante ilustra-se **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “A melhor experiência e o que mais me marcou durante o primeiro ano foram os primeiros oito meses de vida da minha filha, porque eu fui com ela para uma instituição e estive sempre com ela, era eu que cuidava dela. (...) Lá, eu fazia tudo à minha filha, dava-lhe amor, carinhos, o banho, a comida, brincava com ela, e eles sempre a vigiar-me. (...) Eu falava para a minha filha, cantava, eu esquecia-me que havia lá mais pessoas, ignorava-as, era como se fosse só eu e ela dentro de uma casa. (...) A minha filha logo que se sujava eu trocava logo a roupa toda, quando ela fazia chichi eu mudava logo a fralda, limpava logo com toalhetas, logo! Elas gozavam comigo. Andava lá uma toda babada, a cheirar a azedo, a minha não, cheirava sempre bem e andava limpinha.”.

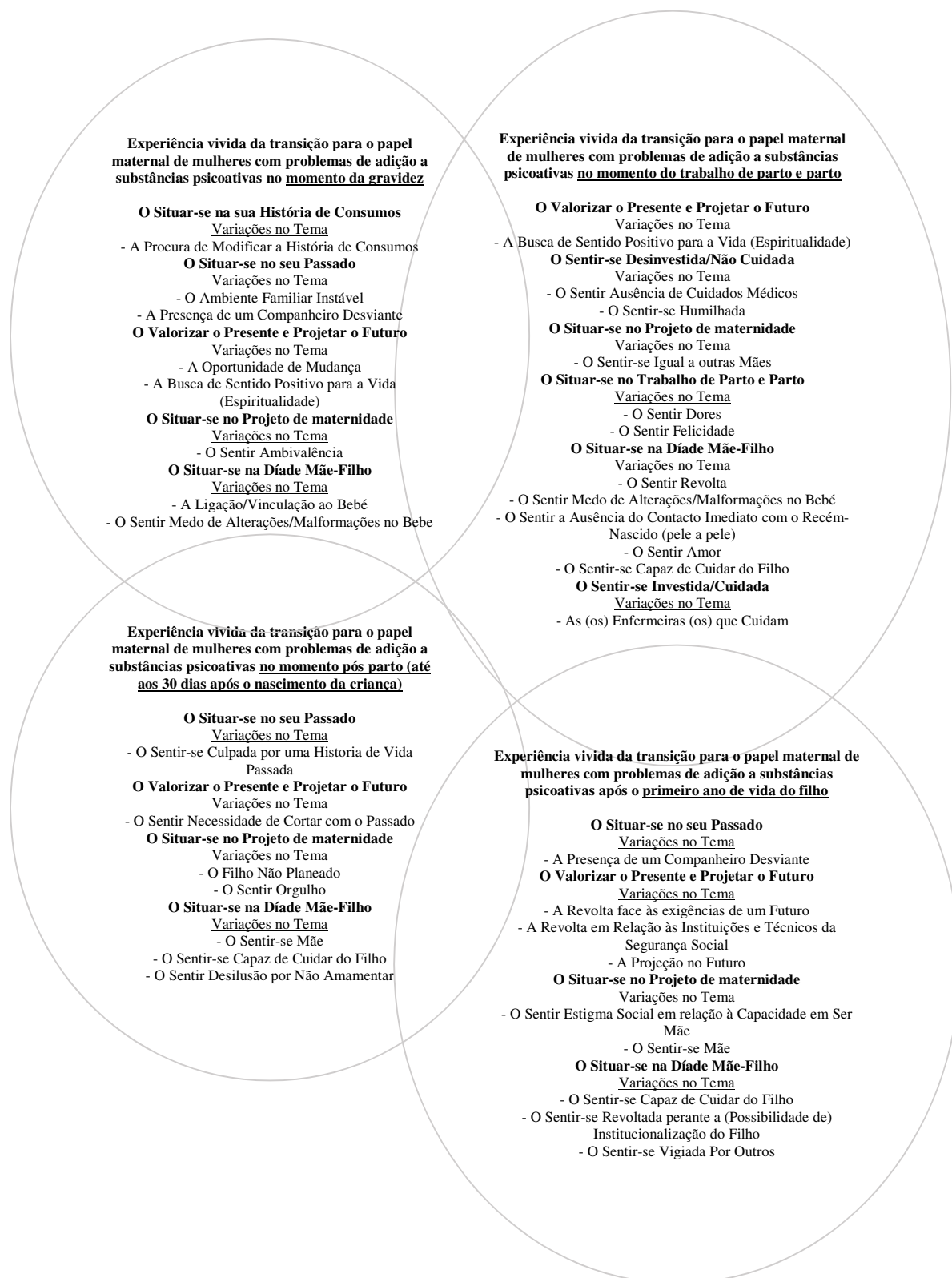
Desde o período em que a sua filha ficou internada na unidade de cuidados intensivos neonatais, até à institucionalização conjunta de ambas, a participante refere-se ao **Sentir Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe**, “Sabe doutora, aqui em Portugal há muito racismo e nós somos catalogadas, porque é assim, depois de estar no hospital chamaram logo a assistente social para levar a minha filha e queriam que eu a deixasse, mas eu disse, eu não vou largar a minha filha, vocês não se atrevam, eu não a deixo, para onde ela for é para onde eu vou. (...) Eu fui toxicodependente e estou em tratamento, mas tenho dois braços e duas pernas, disse eu à assistente social. (...) Eles não gostavam de mim (os profissionais do hospital) porque eu sou sincera, e quero lutar pela minha filha, eu amo-a do fundo do meu coração e sei cuidar dela! (...) Aqui em Portugal quem tem dinheiro e trabalho pode ser mãe, doutora, quem não tem não pode ser! Mesmo que queira, que tenha amor, mas se é ex-toxicodependente, porque eu já não consumo desde a gravidez da minha filha, já lá vão dois anos, tiram-nos os filhos!”, ao **Sentir-se Revoltada perante a Institucionalização do Filho**, “Levaram-na para Pombal para uma instituição e eu fui com ela, fui com ela. Eles queriam-me era despachar e dá-la para adoção doutora, sabe... a lista é grande e uma bebé pequenina, tão perfeita e linda muito gente quer, mas eu não deixei nem deixo, mas eu fui com ela para a instituição, não a larguei. (...) mudaram-nos às duas para outra instituição ainda mais longe, eu

*acompanhei a minha filha, mas eles estavam sempre a dizer-me para eu a deixar. Só tive tempo de ir buscar a minha roupa e as minhas coisas e mudar-me. Veio uma carrinha e levou-me a mim e a minha filha para a outra instituição (...). (...) Acha que não deviam ter arranjado um quarto para mim e para a minha filha? Erámos três num quarto pequeno e eu com uma filha pequena. Foi de propósito doutora, para me tirarem a minha filha. (...) Não se manda ninguém que quer muito ser mãe e cuidar da sua filha para um sítio daqueles. Eles fizeram de propósito para eu fazer asneiras para me mandarem embora, eles enervavam-me. Eu pensava todos os dias... eu vou ter força pela minha filha, eu vou aguentar isto! (...) A minha filha agarrava-se a mim, à minha roupa, a querer dormir e não deixavam com o barulho que faziam. Era música alto, gritos, álcool e até droga havia lá dentro doutora.”, e ao **Sentir-se Vigiada Por Outros**, “Os médicos e a chefe das enfermeiras vigiavam-me vinte e quatro horas.”.*

Procurando a **Projeção no Futuro**, “Doutora, eu agora estou empenhada em arranjar trabalho, porque eu vou buscar a minha filha, eu vou tirá-la de lá doutora. Eu amo a minha filha, é a minha força e vontade de viver, eu vou doutora [chora].”, da narrativa da participante emerge alguma **Revolta em Relação às Instituições e Técnicos da Segurança Social**, “Eles (assistentes sociais) em vez de me ajudar, não, só me enterram, só me dificultam a vida, não me ajudam em nada. Podiam pô-la mais perto para eu ir visitá-la todos os dias, mas não, fica lá longe.”, tal como uma **A Revolta face às exigências de um Futuro**, “Ao fim dos seis meses, eu tive de me vir embora e eles mandaram-me arranjar trabalho e uma casa, senão a minha filha vai para adoção. Doutora, explique-me lá como é que eu arranjo trabalho? Eu estou farta de procurar trabalho e ainda não arranjei, quer dizer, nas limpezas vou arranjando, mas não é declarado não serve. (...) Isto não se faz a ninguém! Ninguém nos ajuda, ninguém nos dá hipóteses...[chora] eu só preciso de trabalho e a minha filha junto a mim. É o que eu quero!”.

A Sentir-se Mãe, a participante procurou desempenhar o seu papel materno, através da realização de cuidados à sua filha, tal como estabelecendo com esta, estruturas de vinculação e apego, “Eles ficavam admirados, porque eu cuidava muito bem da minha filha, mas eu acho que é uma coisa normal, para mim é, sou uma mãe normal, não sou diferente. (...) Eu adorava estar com a minha filha, era muito importante vê-la dormir, adorava e amava vê-la dormir e ela gostava de me sentir, se eu me levantasse ela acordava logo [chora]. Eu adorava olhar para ela, estar ali só a vê-la. (...) Ela começou a desenvolver-se muito porque eu estava muito com ela, falava muito, e a miúda já com 2 meses palavra para mim. Não senti que tivesse dificuldades ao cuidar da minha filha, não tinha dificuldades nenhuma! Até ensinava lá as outras que estavam na instituição, adolescentes, eles até gozavam comigo porque eu era uma mãe galinha.” Associado a este momento da sua vida é novamente referenciado pela participante **A Presença de um Companheiro Desviante**, “O pai da minha filha ainda falou

comigo para eu a deixar e ir ter com ele. Eu disse-lhe: “oh pá, desaparece!” Não é por um homem, ainda mais aquele traste, que eu vou deixar a minha filha.”.



Esquema 2 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Dora (N1)

Ana (N2)

Ana vive uma relação harmoniosa com o seu atual companheiro, também ele ao abrigo do programa de dissuasão para a toxicod dependência, sendo este o progenitor da sua filha mais nova de dois anos de idade. Numa pequena moradia, Ana habita conjuntamente com o seu companheiro e com a sua filha, que após ter estado sob o poder parental da avó paterna, está neste momento sob o poder parental da sua progenitora.

De uma anterior relação, nasceu uma filha que conta à data da colheita de dados vinte anos de idade, não estando esta sob os cuidados maternos.

Na busca da compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal no momento da gravidez, através da narrativa proferida por Ana, recuamos ao passado desta participante, onde acedemos a um **Ambiente Familiar Instável** “*Eu sou filha de mãe solteira, depois a minha mãe fugiu e eu fiquei com os meus avós. Depois a minha mãe casou com outro homem e tiveram uma carrada de filhos. Embora tivesse contacto com a minha mãe, era com a minha avó que eu estava. Eu quando ouvia a palavra mãe, ela não significava nada para mim. A palavra avó sim, agora a palavra mãe não tinha significado para mim.*”, e à **Presença de um Companheiro Desviante**, “*Meti-me na droga por causa de um homem, com 19 anos. Ele era casado, apaixonei-me por ele e ele dava-me dinheiro. Encontrávamo-nos de vez em quando e eu fiquei grávida.*”.

Se no passado Ana verbalizou a **Alienação perante uma Gravidez Anterior Inesperada**, “*Eu descobri que estava grávida aos sete meses, andava nas drogas, eu não conseguia sentir a gravidez, eu não sentia nada, eu nem gostava de mim, não sentia nada por mim, como é que eu podia sentir a gravidez? Não é que não gostasse dela, mas eu estava alienada da vida e de tudo que, sinceramente, não significou nada. (...) Aliás, é triste dizer, mas eu considero que não fui mãe dela.*”, no presente, **O Surgimento de um Companheiro Terapêutico**, permitiu a Ana desejar e planear um outro filho, “*Na comunidade, onde estava a fazer o tratamento, conheci o António (nome fictício). Agarrei-me a ele, foi a minha tábu a de salvação, porque nos apoiávamos um no outro. Depois de sairmos da comunidade, juntámo-nos os dois e eu comecei logo a pensar em engravidar.*”. Já grávida, Ana refere-se ao **Sentir Felicidade**, “*Foi a maior felicidade! Eu ainda não tinha barriga e já fingia que a tinha. Eu vivi a gravidez de uma forma maravilhosa, foi lindo! Muito feliz, muito feliz, foi dos melhores momentos da minha vida. (...) Desta gravidez não me lembro de nenhum momento menos bom, foi tudo maravilhoso. A gravidez foi vigiada desde o início e eu tinha muitos cuidados. Foi só felicidade!*”, e à **Oportunidade de Mudança** que a gravidez constituía para si, “*Passados uns três meses*

engravidar. Esta gravidez, da mais pequenina que mora comigo, foi uma gravidez planeada, foi desejada. Nesta fui mãe! [chora].”.

Na **Procura de Modificar a História de Consumos**, “Eu tentei deixar sozinha, mas não fui capaz, olhe parei de consumir de repente andei dois dias completamente passada. Eu tinha dores, sentia-me doente, transpirava...era horrível, horrível. Estava a ressacar! (...) Passado uns tempos, consegui sair da droga com a ajuda da minha terapeuta [chora]. A minha terapeuta disse-me um dia que eu não tinha família e que devia tentar criar a minha, senão andaria aqui para sempre aos caídos. Se eu fosse capaz de cuidar de mim, de me tratar, eu um dia ainda podia vir a ter a minha família. Só isso é que me deu força para eu me levantar [chora].”, Ana refere **Sentir-se Culpada por uma História de Vida Passada**, “Lembro-me muito bem de estar grávida, já estive grávida duas vezes e foram experiências totalmente diferentes. A primeira gravidez, da minha filha mais velha, que já tem vinte anos, foi uma gravidez que aconteceu, não foi planeada e só descobri já muito tarde que estava grávida. Não fui mãe! [chora] (...) Porque é assim, mãe começa ainda antes da conceção e quando a gente sente quando está grávida e isso tudo. Até quase ao final da gravidez eu não sentia nada, eu nem sabia que estava grávida. (...) Eu era toxicod dependente, era sem abrigo, não tinha ninguém. (...) A minha preocupação não era nenhuma. Eu queria era fumar e trabalhar para fumar, à espera de morrer. (...) A primeira vez que consumi ainda me lembro. Fumei um bocadinho de nada, de nada. Eu não estava habituada, que olhe, fiquei a dormir uma data de horas e senti-me tão bem. Olhe a partir daí, pronto, foi a minha desgraça [chora]. Fiquei agarrada.”, muito associada ao sentimento de **Medo de Alterações/Malformação no Bebê** que essa vida poderia determinar ao seu bebê, “Às vezes sentia-me um bocadinho mal, mas não queria aumentar com medo e o médico dizia-me “você também não pode andar a ressecar, porque a criança sente.”.

Face ao momento do trabalho de parto e parto, pelas ilustrações narrativas de Ana é evidente mais uma vez **A Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, “Deus havia de me dar aquilo que ele achasse que eu merecia, eu não ia fazer e não fiz, e não tinha problema com isso. Claro que pedia a Deus para nascer uma filha com saúde e perfeitinha, mas fosse menina ou menino, fosse o que fosse era minha filha e eu já lhe tinha tanto amor que não era capaz de fazer uma coisa dessas.”. Alicerçado no **Sentir Medo do Estigma** “(...) mas principalmente tinha medo que não cuidassem bem de mim, que tivesse aquele rótulo, que me olhassem de outra maneira.”, Ana enaltece por um lado **as Enfermeiras que Cuidam**, “As enfermeiras da unidade foram impecáveis e ensinavam-me as coisas e eu repetia até saber fazer bem.”, mas por outro, **O Sentir a Diferença no Cuidar**, “(...), mas havia lá uma enfermeira

que nem por isso. Às outras senhoras ela andava sempre lá de roda delas, sempre a vê-las, a mim vinha de vez em quando e pouco falava...era como se fosse uma coisa que ali estava!”.

Associada à **Ligação/Vinculação ao Bebê**, “Eu falava muito com a minha filha, muito que até me mudaram de quarto, porque eu queria falar para ela (...).”, realça-se no discurso de Ana **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Sempre a acompanhei e era sempre eu que cuidava dela. (...) Repetia tanta vez, tanta vez, que eu perguntava às enfermeiras se não tinham lá um boneco para eu treinar. Eu queria fazer bem! [gesticula]. Enquanto ela esteve internada eu dormia e fazia tudo lá, nunca saí de lá. Eu falava muito com ela, como se ela compreendesse.”, o **Sentir Felicidade**, “Eu ia muito ansiosa, mas muito feliz. (...) Olhe doutora, foi a melhor coisa que me aconteceu, não tenho já mais palavras para exprimir o que sentia.”, e o **Sentir Amor**, “Olhe eu antes dormia que nem uma pedra, depois de ela nascer, ouvia um barulhinho acordava logo. Se ela estava muito quietinha eu ia lá ver se ela estava a respirar, é um sufoco, ando sempre preocupada e aflita.”.

Face ao momento pós parto e primeiros 30 dias após o nascimento da criança, Ana mais uma vez enfatiza **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Não senti nenhuma dificuldades em cuidar da minha filha. Desde o principio da gravidez que tive a preocupação de me informar, de perguntar tudo, de ler sobre tudo. (...) Eu informei-me sobre como se cuidava, como se tratava de um bebé, portanto estava mais ou menos preparada. Pesquisei livros e na internet e aproveitava na rua quando as pessoas falavam dos filhos eu aproveitava para aprender. (...) Penso que se nós gostarmos de ser mães e amarmos os nossos filhos, nós somos capazes...”, no entanto este sentimento é contraposto pelo **Sentir Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe**, “ (...) às vezes partem é do princípio que não somos e não nos facilitam a vida, ainda dificultam mais.”, e pelo **Sentir Falta de Apoio Formal/Informal**, “Não posso dizer que tivesse alguém que me ajudasse nesta preparação para ser mãe, não tive! (...) Lamento no início não ter tido mais apoio, acho que isso falta. Vimos para casa e depois aqui ninguém nos liga. Se tivermos algum problema somos nós que temos de ir, mas acho que os médicos e os enfermeiros deviam ir passando, acompanhar mais. Não é que não fosse capaz de fazer, mas às vezes sentia-me insegura, com medo, com dúvidas e isso é angustiante. Será que eu estou a fazer bem? Estava sempre a perguntar-me isto.”.

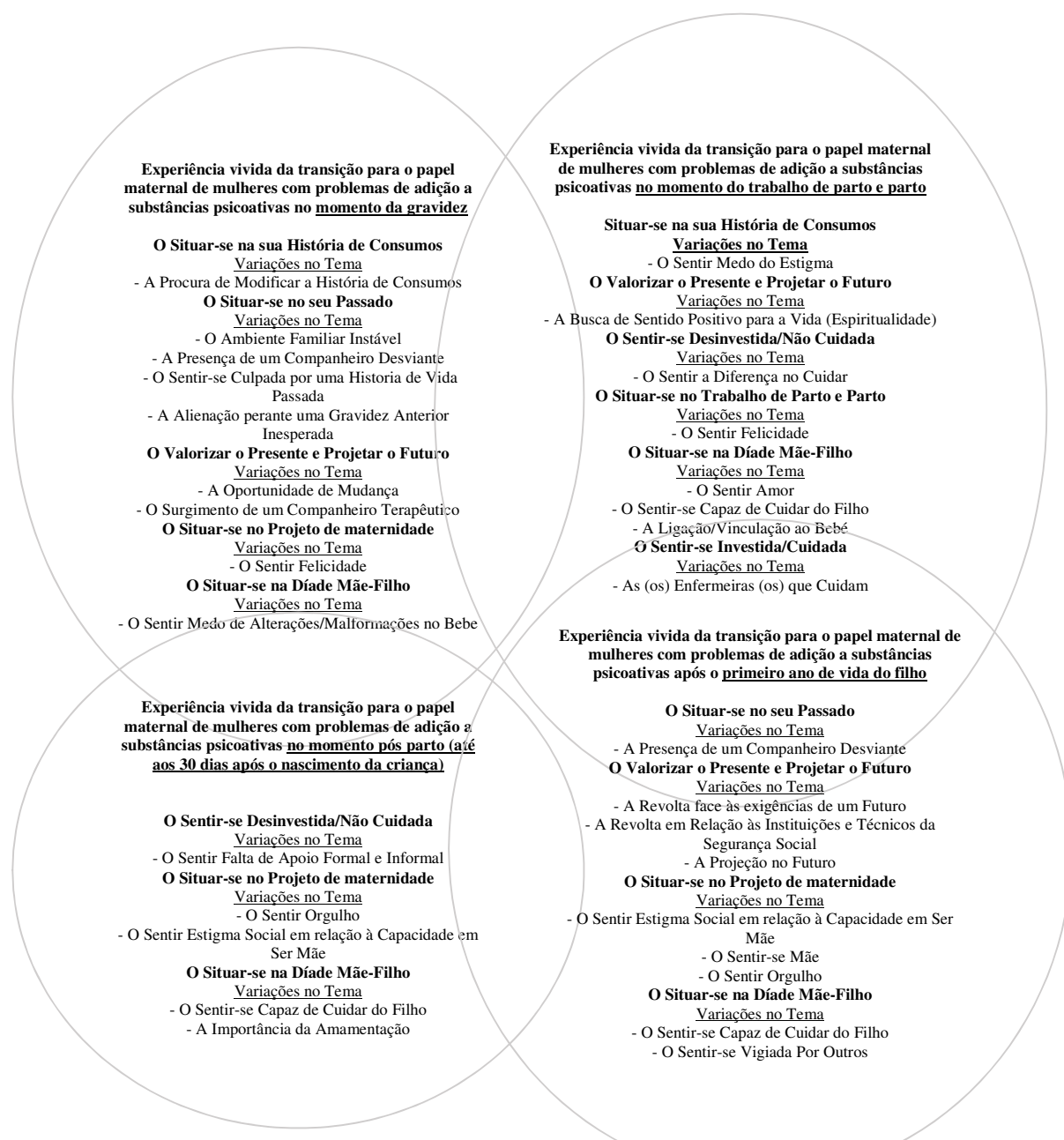
Ana refere-se ao **Sentir Orgulho** em ser mãe, “Ui... [esboça um sorriso], foi uma gravidez tão vivida, que nunca quis que faltasse nada à minha filha.”, onde **A Importância da Amamentação** é destacada pela participante, “Eu amamentei sempre, às vezes era preciso dar o suplemento, o biberão e eu é que lhe dava. Como eu só estava a fazer a metadona não havia problema em eu amamentar. (...) O leite do peito além de ser bom e protegê-la, levava aquela quantidade de metadona o que automaticamente ia pôr o bebé melhor.”.

Recuando no tempo e tentando situar-se no primeiro ano de vida do filho, Ana volta a referir ao **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, *“Tinha e tenho imenso orgulho em tomar conta dela...em ser capaz [chora]. Estava sempre muito atenta a ela, se tinha alguma coisa lá ia a correr com ela para o centro de saúde. (...) Eu gosto de ser mãe, de cuidar da minha filha, de fazer as coisinhas para ela, fui eu sempre que cuidei da minha filha e não tive muitas ajudas e quero continuar a fazê-lo!”*. No entanto **O Sentir Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe**, *“Conseguí a regulação do poder parental, mas foi muito duro, somos à partida dadas como incapazes.”*, volta a estar presente associado ao **Sentir-se Vigida Por Outros**, *“Depois fui duas vezes a tribunal, as da segurança social vieram cá para investigar e eu consegui ficar com a minha filha. (...) Olhe doutora, aponte aí, as da segurança social para ajudar nunca puseram cá os pés, mas para investigar e para me tentarem tirar a minha filha vieram cá uma data de vezes e uma data delas!”*.

A **Sentir-se Mãe**, *“Todos os momentos que passei e passo com a minha filha são momentos felizes da minha vida. A minha filha dá-me força para tudo. (...) Eu tenho muitas, muitas fotografias da minha filha, conforme ela ia crescendo eu ia tirando. Tenho tudo guardado. Eu para mim os dias de estar com a minha filha era uma alegria tão intensa, tão intensa.”*, Ana exprime **O Sentir Orgulho**, *“Tivesse eu como tivesse, eu tinha muito orgulho em passear no carrinho com a minha filha, mostra-la às pessoas.”* e **A Projeção no Futuro** que a filha constituiu na sua vida, *“Depois de arranjar uma nova casa, fui tratar do médico de família, da creche e dessas coisas para que quando ela viesse tivesse tudo. Primeiro tratei de tudo!”*.

Da narrativa de Ana face a este período da sua vida, com recurso a uma ilustração metafórica, é evidente uma batalha travada entre si própria e com **A Presença de um Companheiro Desviante**, *“Quando o pai da minha filha começou a ter alguns problemas e a andar em más companhias eu tive medo e falei com a minha sogra. Ela pensou em levar a menina para a casa dela para eu me orientar com o António (nome fictício) e ver se ele saía daquilo ou não, porque se ficasse agarrado outra vez às drogas eu deixava-o! (...) O meu marido andava de todo e eu estava prestes a separar-me. Ele roubava tudo em casa, levava coisas de casa, até me roubou uma máquina fotográfica digital, veja lá! Eu já não o aguentava! Ele roubava-me o dinheiro todo! Eu fui aguentando, aguentando, mas cheguei a um ponto que não podia ser mais e para a minha filha não era nada bom.”*, revelando **Revolta face às exigências de um Futuro**, *“Se me perguntar se faço sacrifícios, sim faço muitos sacrifícios para que nada falte à minha filha, mas sofria muito mais se ela tivesse longe de mim.”*, e **A Revolta em Relação às Instituições e Técnicos da Segurança Social** *“Queria ficar com ela! Andei em tribunal e só agora consegui ficar com a minha filha. (...) Foi horrível [chora]! Isso também não se faz doutora, apanham-nos assim, frágeis e aproveitam-se de nós. (...) eu agarrei em mim e*

fui à CPCJ e disse “olhem, passa-se esta situação, este problema assim, assim, e a minha sogra não me quer dar a minha filha, como é que me podem ajudar?”. Uma doutora de lá ainda me disse “ah, a sua filha pode é ir para uma instituição!”. “Mas qual instituição, qual quê?”, disse-lhe eu, “você deve estar é maluquinha, eu quero a minha filha! Isso não são ajudas nenhuma! Não me estão a ajudar nada”. (...) Eu sou uma pessoa pacata, não faço mal a ninguém, mas olhe que ela não me tirava a minha filha, não tirava não! (...) Vieram as da CPCJ, da polícia, tudo, mas olhe, foram de carrinho, porque nunca faltou nada à minha filha, eu tinha tudo, tinha amor para lhe dar e tinha as coisinhas dela todas arranjadinhas.”.



Esquema 3 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Ana (N2)

Maria (N3)

Maria vive com os seus sogros, com o seu companheiro e com a sua filha. São os seus sogros que detêm a regulação do poder parental da sua filha, sendo que Maria, nutre uma especial relação de amizade para com a sua sogra.

No encontro com experiência vivida da transição para o papel maternal no momento da gravidez de Maria, é percebido **O Sentir Ambivalência** que a gestação desvelou na participante, “(...) estava muito apreensiva, achava que não ia ser capaz de ser mãe e tinha muito medo do parto, muito medo. Às vezes pensava assim: “Eu ser mãe? Como é que é possível?”, em que **O Sentir Medo de Alterações/Malformação no Bebê**, foi muito presente, “Tive uma gravidez de alto risco é certo, andava sempre muito ansiosa e preocupada com a minha bebé porque estava a fazer a metadona e sabia que o bebé ia nascer a ressacar, mas estava feliz porque era o impulso que eu precisava para uma nova vida, para mudar. (...) Estava preocupada, mas contente [mexe-se na cadeira]. Por um lado imaginava o meu bebé bonito e forte, mas ao mesmo tempo como sabia dos meus problemas e da minha vida, tinha medo que ele viesse com trissomia 21.”, somente acalentado pela **Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, “Tive de fazer a amniocentese e esses exames, mas deu tudo, graças a Deus, negativo.” e pela **Ligação/Vinculação ao Bebê**, “Era estranho haver aqui uma coisa a mexer cá dentro! (...) Ia às consultas e houve uma enfermeira muito querida que me disse: “fale com o seu bebé, dê festas à sua barriga”, eu comecei a fazer isso e gostei muito.”.

Embora o encontro com o mundo das drogas surgisse na **Presença de um Companheiro Desviante**, “Fui levada para as drogas e para a prostituição pelo meu companheiro da altura, que me usava para conseguir dinheiro e eu entrei naquele mundo e não conseguia sair.”, foi **O Surgimento de um Companheiro Terapêutico**, “Quando andava na vida, conheci uma pessoa que me queria bem e engravidei dele e nessa altura resolvi mudar de vida. (...) Eu tinha uma vida desgraçada professora, mesmo desgraçada. Andava nas ruas ao frio e à chuva e tinha que ir para a vida para ganhar dinheiro para o outro me levar todo (antigo companheiro), senão até fome passava. Ai professora, isto de ser mulher é muito duro! Se as mulheres não estudarem e não ganharem para elas, os homens fazem delas gato e sapato.”, que permitiu a Maria **A Procura de Modificar a História de Consumos**, “Fui com ele ao CAT e pedi para fazer tratamento e comecei com a metadona. A partir desse dia nunca mais consumi e comecei a tentar organizar a minha vida.” e **Sentir Felicidade** “A minha filha tem agora 2 anos de idade e a gravidez dela foi vivida de uma forma muito positiva e boa.”.

Voltando-nos para a experiência vivida da transição para o papel maternal face ao momento do trabalho de parto e parto de Maria, é recordado pela participante **O Sentir**

Dores, “Olhe, lembro-me tanto, tanto das dores que eu nem tenho explicação. Foram horríveis e eu ia-me dando uma coisa.” e **O Sentir Medo de Alterações/Malformação no Bebê**, “(...) estava muito aflita com o meu bebê.”. Aquando do nascimento do seu filho Maria expressa **O Sentir Tristeza da Separação Mãe/Filho**, “As outras mães tinham os filhos ao pé delas e eu não tinha o meu, foi para uma unidade especial para Torres Vedras. Ora, Torres Vedras, Torres Vedras era muito longe e eu fiquei ali sozinha, sem o meu bebê. Isso marcou-me negativamente [os olhos enchem-se de lágrimas].”, **O Sentir Revolta**, “Não se devia separar um bebê da mãe. Já não basta os problemas que nós temos e ainda afastam o bebê de nós.”, e **O Sentir a Ausência do Contacto Imediato com o Recém-Nascido (pele a pele)**, “Houve uma coisa que me marcou que foi o facto de depois de ela nascer não ter ficado logo comigo [chora].”.

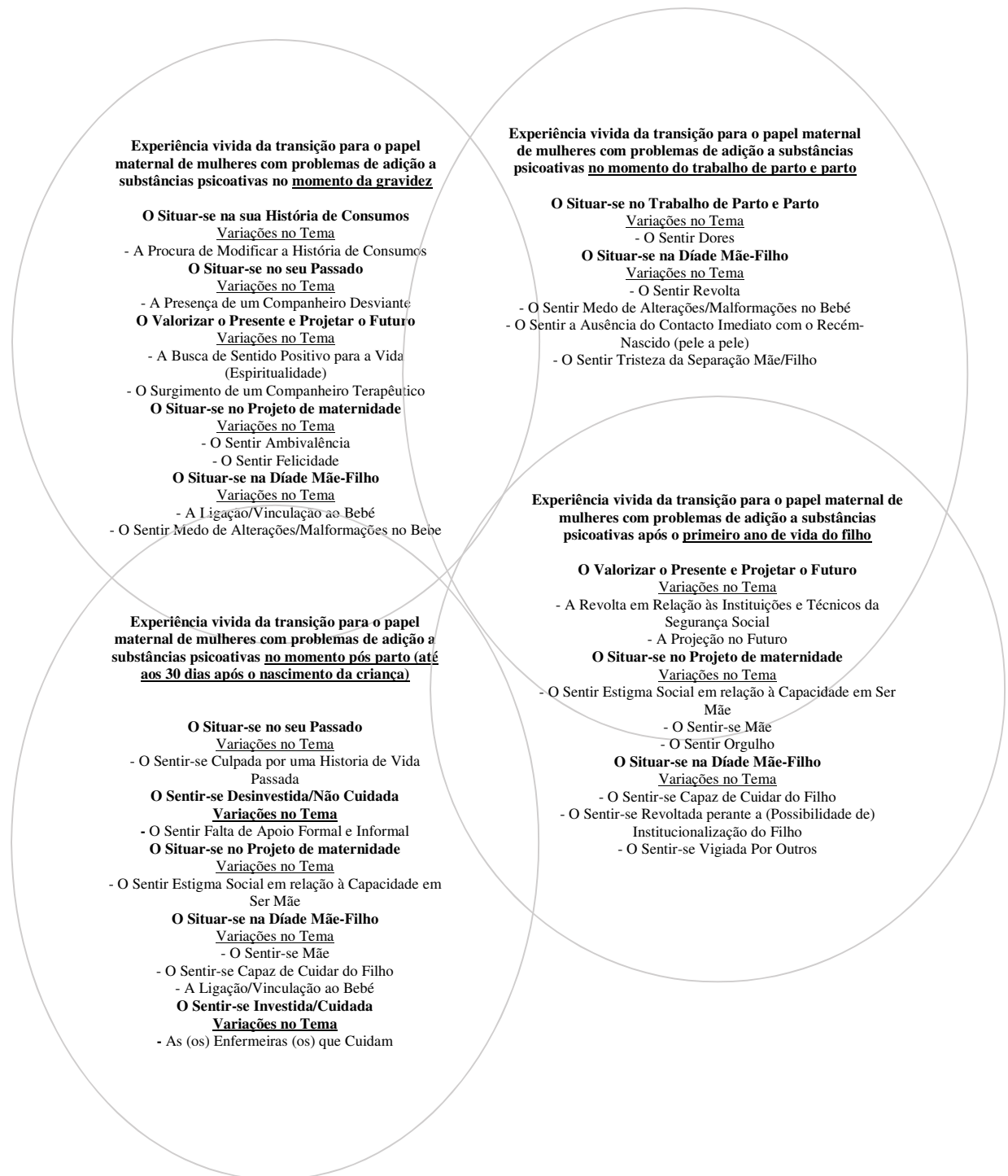
No que toca ao momento pós parto e primeiros 30 dias após o nascimento da criança, Maria narra **O Sentir-se Culpada por uma Historia de Vida Passada**, “A minha filha ressacava, tinha convulsões e eu vi isso tudo. Foi muito difícil! [chora].”, onde **O Sentir Estigma Social em relação à Capacidade em Ser Mãe**, “Havia lá uma que não me deixava fazer, ela fazia tudo sozinha e não me deixava fazer nada, era como se fosse incapaz, mas as outras enfermeiras não.”, e **O Sentir Falta de Apoio Formal e Informal** estão presentes, “Às vezes não temos é o apoio e os recursos das outras pessoas para nos levantar e esse é que é o problema. Eu por acaso tinha os meus sogros que me ajudaram muito, que se preocupavam connosco, que compraram coisas para a menina, mas quem não tem? Sabe o que é que fazem professora? Tiram-lhes os filhos! É difícil! [os olhos enchem-se de lágrimas].”

A Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho, “Eu nessa fase ia à unidade, primeiro estive com ela na UCEP duas semanas, ficava sempre lá, dormia lá e era eu que colaborava com as enfermeiras nos cuidados à minha bebê. (...) Eu colaborava nos cuidados ao bebê, dava o leitinho, mudava a fralda, tudo.”, e **a Sentir-se Mãe**, “Apesar de pessoas como eu terem um passado complicado, nós sentimos como as outras mães.”, expressando **A Ligação/Vinculação ao Bebê**, “Eu vinha cá abaixo a correr fumar um cigarro e ia para cima outra vez, tanto que a bebê quando eu saía ficava aflita e desatava a chorar, sentia a falta da mãe. (...) Eu não me podia ausentar que a minha bebê ficava aflita e chamava por mim. Eu deixava um peluche com um paninho para ter o meu cheiro, mas não valia de nada, ela queria mesmo era o meu colo e o meu cheiro.”, Maria enfatiza **As Enfermeiras que Cuidam**, “Elas (as enfermeiras) eram impecáveis e chamavam-me sempre, porque isso fazia-me sentir mãe.”

Recuando no tempo e tentando situar-se no primeiro ano de vida do filho, Maria volta a expressar **O Sentir Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe**, “Tendo em conta a minha história e porque eu tive medo que me tirassem a minha filha (...). Não lhe vou dizer que

não tivesse medo que me tirassem a minha filha, aliás fui logo avisada no hospital. Disseram-me que quando a minha bebé saísse do hospital ia para uma casa de acolhimento, pelo menos temporariamente. (...) Eu sei que o nosso passado e o consumo da metadona faz com que seja assim, mas olhe que há muita gente por aí normal e que deixa os filhos e não as tratam assim.”, **O Sentir-se Revoltada perante a (possibilidade de) Institucionalização do Filho**, “Eu, com a ajuda de advogados consegui evitar isso, daí a bebé ter ficado à guarda dos meus sogros, mas eu vivi aterrorizada com isso nesta fase da vida da minha filha. Tinha medo! Não saía à rua com ela porque tinha medo que a levassem. (...) Eu não concordo que ponham os miúdos nas instituições. Quando me disseram isso, chorei muito nesse dia. Como é que uma pessoa que ama tanto a sua filha, ficava de repente sem ela?”, e **O Sentir-se Viglada Por Outros**, “Uma pessoa vive aterrorizada e temos de estar sempre a provar que somos capazes, que vamos conseguir.”, tal como **A Revolta em Relação às Instituições e Técnicos da Segurança Social**, “Não nos ajudam, não nos apoiam, mas para avaliarem se fazemos bem e se somos capazes toda a gente vem.”.

A Sentir-se Mãe, “Portanto, no primeiro ano de vida da minha filha eu cuidei dela e aproveitei tudo (...).”, Maria refere **O Sentir Orgulho**, “Ajudava-me, mas eu é que era e sou a mãe!”, **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Lá na casa dos meus sogros fazia tudo à minha filha, dava-lhe banhinho, adormecia-a, dava-lhe de comer, fazia tudo. Nós ficámos lá e eu cuidava lá da minha filha. Desde pequenina até hoje contava-lhe histórias par adormecer.”, e **A Projeção no Futuro**, que a maternidade lhe permitiu, “(...) a experiência de ser mãe foi muito boa e consegui melhorar a minha vida depois desta gravidez e de ter a minha filha (...).”.



Esquema 4 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Maria (N3)

Irene (N4)

Irene encontra-se sozinha. Vive num pequeno quarto de um edifício velho. De uma relação anterior marcada pela violência, nasceu um filho, que no momento da colheita de dados se encontrava institucionalizado.

Na busca da compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal no momento da gravidez, encontrámo-nos com Irene em que da gravidez recorda **O Sentir Ambivalência**, “*Queria ser mãe, mas não era naquele momento, nem naquela vida.*”, de uma **Gravidez Não Planeada e Não Desejada**, “*No meio desta confusão engravidei, porque eu não tinha período e portanto não me apercebi. (...) Fui fazer o teste e deu positivo. Chorei, chorei, chorei! Não era o que queria...[chora].*” Constituindo-se **A Oportunidade de Mudança**, “*Nessa altura tive uma conversa com o meu namorado e disse-lhe que queria deixar aquela vida, não queria mais andar na rua e queria fazer tudo direitinho, porque ia ter um filho e queria mudar de vida.*”, foi estabelecido no período gravídico **A Ligação/Vinculação ao Bebê**, “*Olhe, comia a horas, tomava banhinho, passeava com a minha barriga e falava para o meu bebé. Quando fiz a primeira ecografia foi muito bom, ouvia o coração...[chora]. (...) Quando chegava a casa deitava-me e lá ficava eu a falar com ele!*”, embora **O Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê** fosse muito presente, “*Nesta altura lembro-me de também imaginar o meu bebé, de como ele ia ser, só tinha medo era se tinha algum problema por casa da minha vida e por causa da metadona, isso angustiava-me e fazia-me sentir muito culpada!*”.

Sentindo-se **Culpada por uma Historia de Vida Passada**, “*Eu no início não sabia que estava grávida. Tinha uma vida muito complicada, queria era curtir e andar por aí. (...) Ele um dia disse-me: “eh pá, temos que arranjar ‘guito’ para sustentar isto. Podias era começar a andar aí na estrada para fazermos dinheiro!” Eu vi-me desesperada, a precisar também de consumir para andar bem-disposta...fui para a estrada. Ao início foi horrível, senti que não era eu, mas quando comecei a ter dinheiro e a poder comprar a droga para consumir, foi mais fácil. Estava alienada! (...) Queria ter podido limpar a minha vida, mas já não dava.*”, a entrada no mundo das drogas fez-se pela **Presença de um Companheiro Desviante**, “*Olhe, meti-me nas drogas por causa do meu namorado da altura. Ele andava na má vida e um dia eu fui com ele e fumei umas coisas...olhe fiquei tão pedrada, tão pedrada que quis repetir a experiencia a seguir. Foi o meu azar! (...) Os homens não valem nada, doutora! (...) Ele não me apoiou nada, disse-me “não vais ser capaz e eu não vou ajudar-te, nem sequer sei se sou o pai do bebé!”. Oh doutora [chora], um cabrão daqueles a dizer-me aquilo.*”.

Procurando **A Projeção no Futuro**, “*Eu queria ser uma mãe a sério!*”, Irene salienta na sua narrativa **A Procura de Modificar a História de Consumos**, “*Fui logo à primeira consulta na semana seguinte! Disse-me para eu começar na metadona e foi o que fiz, comecei a fazer o tratamento com metadona.*” Da gravidez de Irene emerge **O Sentir-se Igual a Outras Mães**, “*Olhe a minha barriga crescia, crescia e eu tinha uma vida direitinha, sentia-me uma mulher como as outras todas, sabe. Eu era igual às outras todas, tinha uma vida normal.*”, e **O Sentir Felicidade**, “*Olhe, depois fui muito feliz!*”, no entanto apesar de **Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, “*Lá no hospital as enfermeiras da gravidez de risco também me davam os papéis para eu ler e estar bem informada. (...) O apoio do CRI (Centro de Respostas Integradas) foi muito importante, porque elas ajudaram-me e deram-me sempre força para ter uma vida melhor.*”, é expresso por esta participante **O Sentir a Diferença no Cuidar**, “*Só achei uma coisa mal, as outras grávidas normais iam para a preparação para o parto fazer aqueles exercícios e a mim nunca me disseram nada para ir.*”.

Do momento do trabalho de parto e parto Irene expressa **O Sentir-se Sozinha**, “*(...) e depois estava sozinha, senti-me naquele momento muito sozinha! As outras tinham os maridos ao lado, eu não tinha ninguém [chora]. (...) Senti-me perdida e ninguém percebia isso.*” e **O Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “*Estava nervosa e preocupada com o meu bebé (...).*”.

Face a este momento, Irene recorda **O Sentir a Diferença no Cuidar**, “*Uma coisa que me marcou foi uma enfermeira e dizer alto “olhe tem aqui a sua metadona!”. Olhe, já viu, dizer aquilo alto! Toda a gente ficou a saber que eu tomava metadona e que era uma ex-toxicod dependente. (...) Quando me ia observar também não fazia aquilo com delicadeza nenhuma, parecia um saco de batatas que estava ali. Mais tarde, veio o meu médico e ela vinha com ele, só se ria e era simpática, ela só era assim porque estava ali o médico, mais nada! (...) Não houve uma palavrinha, um cuidado, nada, estava ali.*”, e **O Sentir-se Humilhada**, “*Olhe, levava uma camisinha, que aquilo metia nojo doutora. Numa mão levava o soro e na outra tinha de fechar a camisa que se abria toda. Eu sei da minha história e da minha vida, mas não é preciso tratarem-nos assim! A minha amiga até me tinha emprestado umas camisas dela e eu levava-as na mala. Pedi para me vestirem, uma de azul disse-me “vai com essa porque é mais fácil!”, e tive de ir naquela figura pelos corredores fora.*”, onde **O Sentir Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe** está presente, “*Nós não temos grandes hipóteses para ser mães. À partida não somos capazes e toda a gente pensa assim doutora.*”

Salvaguardando **As Enfermeiras que Cuidam**, “*Volta e meia as enfermeiras vinham observar-me. Estas eram melhores que a outra que lhe falei antes e trataram-me muito bem. (...) Havia uma muito querida, que me explicava tudo e depois fazia ela primeiro e depois eu*

fazia a seguir. Uma mulher maravilhosa!”, Irene fala-nos do **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Deixaram-me dar o leitinho e ensinaram-me a mudar a fralda. (...) Eu queria era que me ensinassem as coisas e copiava o que as enfermeiras faziam. (...) No fim, já era eu que fazia e mexia em tudo, já não era preciso elas (as enfermeiras) irem.”, do **Sentir Felicidade**, “Fiquei muito contente e então quando o ouvi chorar, foi a melhor coisa da minha vida. Foi um momento que nunca mais vou esquecer, ainda hoje tenho esse som na minha cabeça...maravilhoso.” e do **Sentir Amor**, “Sentaram-me numa cadeira e tiraram-no um bocadinho da incubadora e puseram-me ao colo. Ui...que coisa maravilhosa! Era o meu filho que estava ali e era por ele que eu também estava ali.”.

A **Sentir Tristeza da Separação Mãe/Filho**, “O meu bebé nasceu bem, as enfermeiras mostraram-me, mas rapidamente foram com ele para a incubadora [chora]. Disso tive pena! As outras tinham os seus bebés, estavam ali ao pé delas, eu para além de estar completamente sozinha, quem tinha nascido para me fazer companhia tinha sido levado embora, isso foi terrível! [chora] (...) Quando cheguei à unidade, ai doutora chorei tanto, tanto! O meu bebé muito pequenino, dentro daquela caixa de vidro, fartei-me de chorar.”, Irene expressa o **Sentir Medo** face à possibilidade de ficar sem o seu filho, “Olhe que eu nem dormia de noite porque tinha medo que me roubassem e logo de manhã ia para a unidade e ficava lá até á noite não fosse aquelas malucas roubarem-mo. Depois tinha medo que fingissem a minha assinatura ou assim... imaginava tudo!”, o que a levou a **Sentir-se Revoltada perante a (Possibilidade de) Institucionalização do Filho**, “(...) há uma coisa que me recordo muito bem e me marcou muito, foi o facto de logo quando ela nasceu me perguntarem se queria dar para adoção. Foi terrível terem-me feito aquela pergunta!” e à **Revolta em relação às Instituições e Técnicos da Segurança Social**, “A assistente social já trazia os papéis e tudo. Tratei-a mal, doutora. Uma estúpida daquelas a fazer-me aquela pergunta, ainda nem tinham passado duas horas do parto. (...) Passado uns dias, a mesma assistente social veio ter comigo e disse-me “então se não quer dar para adoção o seu bebé, tem alguém que fique responsável por ele?”. Eu disse que não, estava sozinha, então ela com maus modos disse-me “então tem de ir com ele para uma instituição, mas tem de resolver a sua vida, porque só pode lá ficar até seis meses”. Eu disse “eu vou para qualquer sítio, não deixo é o meu filho”. Passado um mês e depois de o meu filho ter alta, fomos os dois para a instituição.”.

Do momento pós parto (até aos 30 dias após o nascimento da criança), Irene narra-nos um pouco do **Sentir Necessidade de Cortar com o Passado**, “Eu sei que tive e tenho uma vida de merda, mas eu queria mudar, eu queria ser capaz, só precisava que me dessem uma oportunidade.”, em que o **Sentir-se Culpada por uma Historia de Vida Passada**, “Houve um dia que fez uma convulsão, senti-me tão mal, tão culpada, que chorei, chorei até não puder mais.

Senti-me muito, muito culpada. O meu filho estava assim por minha causa, a culpa era minha, só minha!", atormentou a sua **Projeção no Futuro**, "(...) perguntava-me muito se devia ficar com o bebé ou se a adoção era a melhor coisa para ele, porque eu não lhe podia dar tudo e se calhar alguém poderia por mim. (...) Eu queria ficar com o meu filho doutora, eu queria mesmo, mas pensava muito no que era melhor para ele e para o futuro dele [chora]." Embora a **Sentir-se Mãe**, "(...) tinha alguém por quem cuidar e sentir-me responsável.", a **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, "Naquela altura eu é que cuidava dele! (...) Devagarinho fui começando a dar o leite, a pegar ao colo, a dar o banhinho.", e a **Sentir Orgulho**, "Passava o meu tempo naquela unidade, levantava-me de manhã, tomava o pequeno-almoço e ia para lá, depois saía para almoçar e jantar e voltava sempre, só saía pelas dez horas da noite.", Irene refere-nos **Sentir Estigma Social em relação à Capacidade em Ser Mãe**, "Como é que querem que nós sejamos boas mães e mães como elas se não nos ensinam? (...) Elas também não deviam ter aprendido sozinhas, só que têm a sorte de ter família e mães para lhes ensinar e eu não tenho ninguém, estou sozinha [chora]. (...) Olhe estava lá uma mãe, toda fina, que chegava mais tarde que eu e só ficava lá um bocadinho e a essa não lhe levantavam problema nenhum, era só bons modos, para mim, que me esforçava e queria aprender olhavam-me de lado, eu era e seria sempre a toxicodependente incapaz! (...) mas eles não tratam igual todas as pessoas, uns são brancos e os outros são pretos. Vai ser sempre assim!", e **Sentir Falta de Apoio Formal e Informal**, "Não tinha dinheiro para comprar um bonequinho, um mimo...não tinha nada e isso marca-nos e corroí-nos por dentro, mata-nos pouco a pouco [chora].".

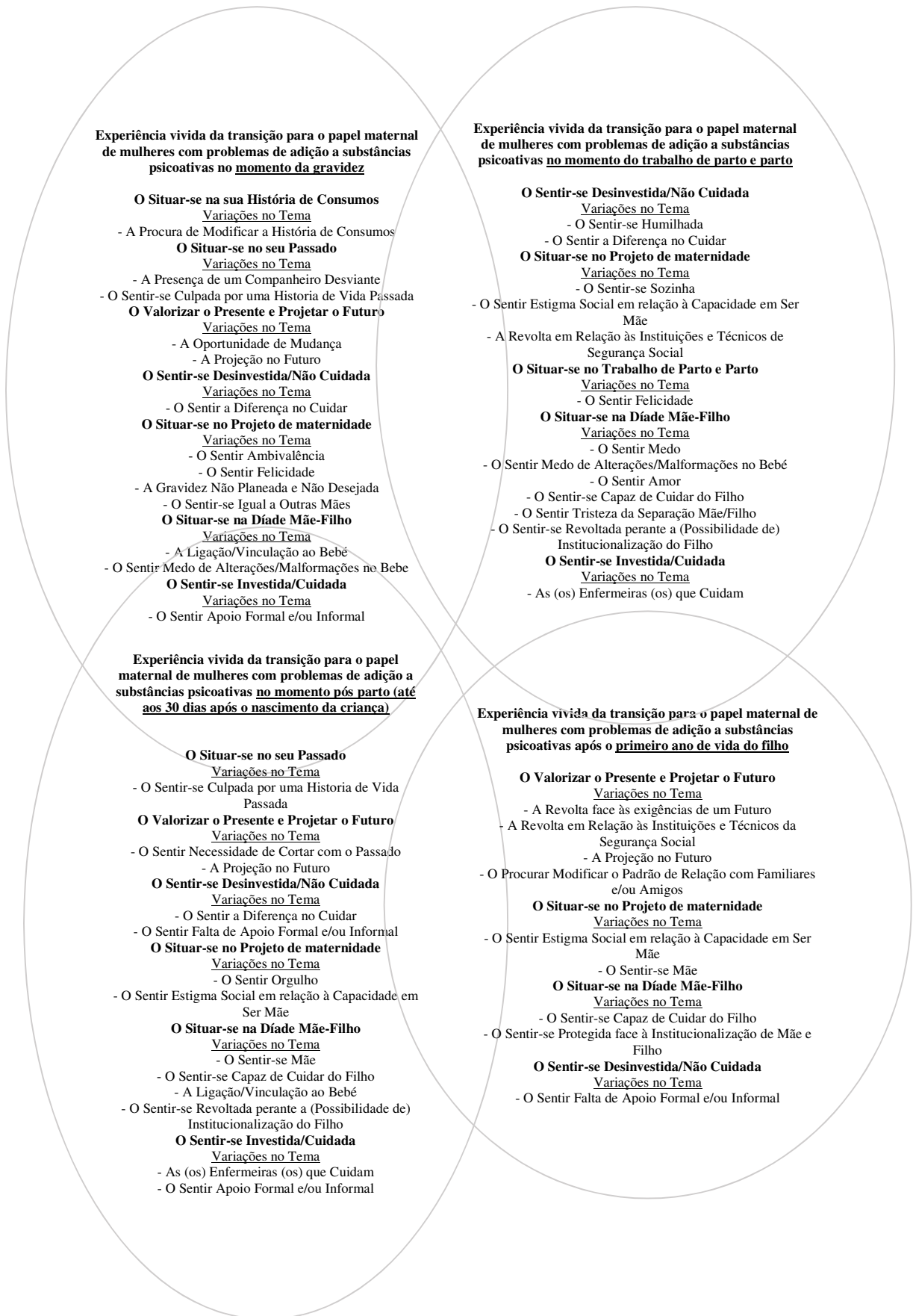
Com forte **Ligação/Vinculação ao Bebê**, "Adorei quando ela punha o meu bebé no meu peito sem roupa. A primeira vez achei estranho, mas depois foi maravilhoso...estarmos ali os dois...o tempo parava! Foi muito importante para mim! (...) É engraçado como ele me ficou logo a conhecer e quando eu não estava, ele ficava mais agitado. (...) Durante este primeiro mês como estava sempre com o meu filho agarrei-me muito a ele e dediquei-me a ele a cem por cento. A minha filha era ali!", Irene mostra o quanto se sentiu **Revoltada perante a (Possibilidade de) institucionalização**, "Depois de o bebé estar bem e ter alta a assistente social veio falar comigo novamente e eu disse que não assinava nenhum papel para dar o meu filho, se ele fosse para a instituição eu ia com ele e assim foi, fui com ele, nunca o larguei, até me mandarem embora de lá.", enfatizando **O Sentir a Diferença no Cuidar**, "Eu não sabia fazer quase nada ou nada, e no início os enfermeiros punham-me um bocado de parte. Acho que pensavam que eu ia dá-lo para adoção, então não me chamavam para fazer as coisas, eu estava lá sentada, eles faziam e pronto, já estava. (...) depois havia os turnos em que estava com outras enfermeiras e eles é que faziam e ligavam-me pouco, era como se não estivesse lá.", embora salvaguardando **As (os) Enfermeiras (os) que Cuidam**, "Havia lá uma enfermeira,

uma santa, que me começou a ensinar, ela fazia e depois deixava-me fazer, eu repetia o que ela fazia! Foi assim que fui aprendendo! (...) Demorei algum tempo e estava sempre a rezar que fosse aquela enfermeira, a minha sorte é que ela estava sempre no turno da manhã e assim ela ensinava-me. (...) Durante aquele mês, aquela enfermeira foi-me ensinando quase tudo (...).”

Centrando-nos no primeiro ano de vida do filho, embora a **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, *“Tentava cuidar do meu filho como me tinham ensinado no hospital e havia lá uma outra moça que falávamos as duas como fazíamos e assim aprendíamos.”*, a **Sentir-se Mãe**, *“Olhe doutora, mas eu adorei aqueles tempos, cantava para ele, adormecia-o, brincava, foi muito bom. Às vezes vínhamos as duas no carrinho dar uma voltinha com os bebés (...).”* e a **Sentir-se Protegida face à Institucionalização de Mãe e Filho**, *“Apesar de me sentir sempre avaliada e dez olhos em cima de mim, pelo menos ali eu era a mãe do meu bebé e estava protegida do mundo cá fora. (...) Ninguém me fazia mal, ninguém ia à minha procura, estava afastada de pessoas que não interessam nada. (...) Se pudesse estava ali para sempre, mas ao fim de oito meses mais ou menos tive de sair e deixar lá o meu bebé, foi horrível [chora].”*, Irene sente **Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe**, *“Isto é muito difícil para nós, doutora, muito difícil! Estamos sozinhas. (...) Eu como ex-toxicod dependente tenho de ter muito cuidado!”* e refere-nos **Sentir Falta de Apoio Formal e/ou Informal**, *“Como eu não tinha dinheiro, também não tinha muitas coisas para o meu bebé, era só as coisas da instituição, e isso era chato, porque eu queria ter as coisas do meu bebé, só dele e tinha de estar sempre a pedir. Até aquela pomada das assaduras, o halibut, eu tinha de pedir para comprar. É chato e eu sentia vergonha [chora]. (...) As senhoras do CRI ajudam, mas é mais na orientação por causa das drogas, não é sobre sermos mães e destas coisas das leis. (...) Não é tanto o dinheiro que nos faz falta, é ajuda em sabermos como ser mãe e depois em sermos capazes de nos levantar e em orientarmos a nossa vida.”*, tal como **Revolta em Relação às Instituições e Técnicos da Segurança Social**, *“Uma coisa que achei mal é que lá não existia nenhum enfermeiro, médico ou alguém que vá vendo se estamos a fazer. (...) havia lá uma doutora que via se eu fazia bem, mas era só para apontar lá nos meus papeis o que eu fazia mal, porque se fizesse mal era logo uma coisa para me tirarem o meu filho, e eu com medo dessa doutora nem lhe perguntava nada.”*

Procurando **A Projeção no Futuro**, *“Só que eu tenho urgência, porque logo que arranje vou tentar tirar de lá o meu filho, mas tenho de arranjar também algum sitio para ele ficar e não pagar muito. (...) Eu agora quero é voltar a ter o meu filho comigo e organizar a minha vida, é o que eu quero!”*, com manifestação de **Revolta face às exigências de um Futuro**, *“Como é que eu, que tive aquela vida desgraçada que a doutora conhece, que fiquei grávida, depois tive o meu filho e estive lá quase um ano, poderia ter um emprego? Diga lá, doutora?”*

*(...) Isto assim é impossível, é mesmo para nós não ficarmos com os nossos filhos. (...) pedi por favor para me deixarem ficar, ou então arranjam-me um trabalho nas limpezas ou no lixo que eu não me importava, disseram-me que não, que eu é que tinha de procurar. (...) Oh doutora, eu nem para a camioneta tinha dinheiro! Como é que ia correr meio mundo a procurar trabalho. (...) Faço aqui as limpezas e dão-me dinheiro, mas não é, como é que se diz? legal, porque eu não desconto para a segurança social, é por fora como a maioria das mulheres da limpeza. Pelo menos este dinheirito dá para comprar umas coisitas e ir ver o meu filho duas vezes na semana (...).”, Irene procura **Modificar o Padrão de Relação com Familiares e/ou Amigos**, “Olhe quase não vou à rua, nem vou a cafés, porque andam aí as más companhias e como nós estamos sozinhas e tristes, facilmente entramos nas drogas outra vez. Eu tenho muito medo disso e assim se não sair, não há hipótese.”*



Esquema 5 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Irene (N4)

Raquel (N5)

De uma relação no passado nasceu o 'salvador'. Raquel escondeu a sua gravidez até tarde dos seus pais. Apesar de ambos os progenitores de Raquel estarem a atravessar uma fase menos positiva das suas vidas por motivos de doença oncológica, estes foram e continuam a ser o seu grande apoio desde essa altura até à presente data. Raquel vive com os seus pais e com o seu filho desde o período pós parto.

Procurando a compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal no momento da gravidez de Raquel, a mesma refere-nos na sua narrativa **O Sentir Ambivalência** quando descobriu que estava grávida, *“Quando soube que estava grávida tive muito medo, medo de não ser capaz (...)”*. Tendo engravidado de um **Companheiro Desviante**, *“Eu engravidei depois de uma relação com um namorado que me levou para as drogas.”*, a **Gravidez** surgiu de forma **Não Planeada e Não Desejada**, *“Eu namorava com ele e engravidei, mas só descobri que estava grávida aos quatro meses de gravidez e já nem sequer namorava com ele (...), portanto deixei-me andar, não imaginava mesmo que estava grávida.”*, onde **O Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê** foi muito presente, *“(...) medo de estar a tomar a metadona e as consequências para o bebé (...)”*.

Manifestando **Ligação/Vinculação ao Bebê**, *“Eu não tinha ninguém, era eu e o meu bebé, então agarrei-me muito a ele, sofri, vivi, chorei, ri, com ele. (...) Era a minha barriga e eu! Sempre juntos! Foi uma coisa maravilhosa e a melhor coisa que me aconteceu na vida.”*, de Raquel emerge **O Sentir Felicidade**, *“Foi a melhor coisa que me aconteceu! Nem tenho palavras! (...) Vivi os restantes meses, que já não eram muitos, muito bem e muito feliz, foi um tempo maravilhoso.”*.

Em todo o seu percurso grávidico, Raquel refere-nos **Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, *“Olhe o Dr. (refere o nome do médico) eram extraordinários e toda a equipa também, apoiam-nos muito e têm sempre uma palavra amiga a dizer. Incentivaram-me e fizeram-me sentir capaz e acho que isso fez toda a diferença! (...) aquela equipa é mesmo para aquilo, estão habituados, é a normalidade deles e portanto eles cuidam bem de nós.”*, enaltecendo **As (os) Enfermeiras (os) que Cuidam**, *“Houve lá um enfermeiro (refere o nome do enfermeiro), que me disse “tem aqui a oportunidade de mudar a sua vida, não a deixe escapar!”, e até hoje eu me lembro das palavras dele, eles tinham sempre uma palavra amiga para nos dar.”*.

Do momento do trabalho de parto e parto, Raquel viajou ao passado onde recordou com especial atenção **As (os) Enfermeiras (os) que Cuidam**, *“Quando cheguei fui vista na urgência (...) e perguntaram quem me acompanhava, eu disse “ninguém!”. Eles responderam “então, nós tomamos conta de si!”. Trataram-me muito bem e nunca me senti sozinha.”*. **O Sentir**

Felicidade fez parte da experiência de Raquel, *“Uma experiência única que mudou para sempre a minha vida.”*, onde **O Sentir Amor** foi presente, *“Foi um momento único, entre uma mãe que errou bastante, que se meteu com quem não devia, e um ser acabado de chegar ao mundo e que não tinha culpa nenhuma.”*, alicerçado na **Ligação/Vinculação ao Bebê**, *“Puseram-no em cima de mim e ficámos ali os dois, foi um momento inesquecível. É uma coisa tão boa, tão maravilhosa. (...) Só depois de me cozerem é que o levaram, foram vesti-lo e ele voltou para os meus braços novamente.”*, tendo verbalizado **Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, *“(…) porque tinha medo do bebé, se o bebé nascia bem, se tudo iria correr bem. Felizmente, o parto correu muito bem e o meu filho nasceu bem, sem problema nenhum.”*.

Os primeiros 30 dias após o nascimento do seu filho são recordados por Raquel como uma **Oportunidade de Mudança**, *“Acho que era uma oportunidade que a vida me estava a dar e eu só tinha de a aproveitar.”*, em que **O Sentir Necessidade de Cortar com o Passado**, *“(…) eu queria e continuo a querer estar bem, ter saúde para cuidar do meu filho e deixar as drogas para sempre, portanto, eu naqueles momentos lembrava-me sempre disso e procurei sempre ser a melhor mãe.”*, é a alavanca que permitem Raquel **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, *“Estive sempre com o meu filho, fui eu sempre que cuidei dele! (...) mas tentei sempre fazer tudo bem e esforcei-me para aprender.”* e **Sentir Orgulho**, *“(…) acho que os médicos e as enfermeiras acharam que era possível e estou-lhes muito agradecida, porque foi mesmo!”*, embora tivesse a percepção que era **Vigiada Por Outros**, *“Acho que o quarto em que eu estava tinha uma câmara para elas verem se eu fazia tudo bem e se não falhava (...)”*. Fazendo notar mais uma vez **As (os) Enfermeiras (os) que Cuidam**, *“Estive sempre num quarto sozinha e as enfermeiras ajudaram-me muito, nunca senti que me tratassem de forma diferente, pelo contrário, até acho que se preocupavam mais comigo e me ajudavam mais. (...) As enfermeiras ajudaram-me muito e com o tempo fui capaz de ir fazendo. Elas também falaram com o médico para me darem alta mais tarde, para que assim eu pudesse aprender mais coisas e assim foi, vim mais tarde para casa.”*, Raquel enfatiza **A Importância da Amamentação**, *“Eu amamentei sempre!”* e **A Ligação/Vinculação ao seu Bebê**, *“Depois de ele nascer ficou sempre comigo. (...) Eu tomava a metadona e a metadona ia para o bebé pelo leite materno, e assim eu amamentei sempre.”*.

Situando-se no primeiro ano de vida do filho, Raquel expressa **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, *“Fui sempre eu que lhe dei banho, que lhe dei a primeira sopa, a papa, que vi nascerem os primeiros dentinhos, que fui com ele ao médico e às vacinas. Fui eu, professora!”*, o que a faz **Sentir-se Mãe**, *“Durante o primeiro ano de vida do meu filho e até hoje, eu dediquei-me de corpo e alma a ele.”*, e **Sentir Orgulho** *“E estou muito feliz com isso, porque*

fui capaz, eu fui capaz!”, concedendo-lhe **A Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, *“O meu filho foi o nosso salvador! Salvou-me a mim e ajudou muito os meus pais, é a nossa razão de viver! Deu-nos sentido de vida!”*. Face a esta nova fase da sua vida, Raquel alude ao **Sentir Medo de Deixar o Programa Terapêutico**, *“Já estou a fazer uma dose mínima, é quase só para não deixar, mas tenho muito medo e o medo bloqueia-me, e por isso prefiro fazer a metadona e estar sob a proteção do CAT, sinto-me mais segura.”*.



Esquema 6 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Raquel (N5)

Sandra (N6)

Sandra possui quatro filhos, três raparigas e um rapaz, tendo o ultimo dois anos de idade. Todos os seus filhos são do mesmo progenitor, também este toxicodependente em processo de recuperação. Neste momento, encontra-se separada, habitando num apartamento com os quatro filhos.

Com o intuito de compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal no momento da gravidez de Sandra, situamo-nos numa **Gravidez Não Planeada e Não Desejada**, *“Esta gravidez não foi planeada, mas eu aceitei-a muito bem (...). Foi um acidente, como eu costumo dizer, mas foi um acidente bom!”*, em que **O Sentir Ambivalência**, *“No início, no primeiro mês, eu pensei muito e pensei muito sozinha! Ponderei se ia ter o filho ou não, daí só ter dito à minha família mais tarde.”*, esteve presente numa fase inicial da sua gravidez, já que a mesma surge com **A Presença de um Companheiro Desviante**, *“(…) o meu marido não é aquela pessoa que a gente pode contar e isso preocupava-me (...).”*

Acreditando que a mesma pudesse constituir **A Oportunidade de Mudança**, *“(…) acho que esta gravidez foi a minha salvação. (...) mas foi esta gravidez que me salvou. (...) Apesar de ele ir ter mais dificuldades que os outros, porque tem nanismo, acho que ele veio mudar a minha vida!”*, Raquel **Procura Modificar a História de Consumos**, *“(…) mas realmente foi nesta gravidez e com este filho que se deu o clique, foi com este meu menino que eu consegui organizar algumas coisas na minha vida. (...) eu consumi durante um ano e pouco, e depois entrei para o programa da metadona e estava quase a deixar porque já estava a fazer uma dose mínima.”*, norteadada pela **Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, *“Deus me dê saúde que vou criar este filho! (...) mas enquanto Deus Nosso Senhor me der saúde as coisas vão.”*. Apesar de **Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, *“Vivi com muita ansiedade as ecografias, porque na primeira estava tudo bem, mas quando fui fazer a segunda ecografia detetaram uma alteração no tamanho dos membros e ficámos muito preocupados. Era só médicos a entrarem! Entrei em pânico! (...) Sentia muitas vezes medo, muito medo e sentia algumas vezes peso na consciência, porque tinha medo de ter sido eu a causadora do problema. Esse sofrimento ninguém nos tira. É só nosso! É muito angustiante!”*, Raquel estabeleceu **Ligação/Vinculação ao Bebê**, *“Eu vivi esta gravidez sempre muito bem, acariciava muito a barriga, falava com ele, queria-o muito e depois quando soube que era um rapaz, ui, fui ao céu! (...) Entrei em pânico, porque eu já tinha visto o meu filho, já tinha ouvido o seu coração! (...) Claro que fiquei muito nervosa e questionei muito o médico se era por causa das drogas (...). (...) porque eu já tinha amor pelo meu filho, não podia ficar sem ele!”*, referindo-nos ainda **Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, *“Eu era seguida em Coimbra e todos*

(profissionais de saúde) foram maravilhosos para mim, cuidavam muito bem de mim e do meu filho. (...) Como eu não andava bem, os meus filhos ajudavam-me e fui muito apapericada.”

Retornando ao momento do trabalho de parto e parto, Raquel recorda **O Sentir Dores**, “Nesse dia o meu marido saiu para ir trabalhar de manhã, e eu logo a seguir comecei a sentir as dores.”. Tal como aconteceu durante a sua gravidez, Raquel dá especial importância à **Ligação/Vinculação ao seu Bebê**, “(...) mas eu gostava tanto que na maternidade dormiu sempre comigo e ainda hoje vai ter comigo à cama.”, tal como expressa o **Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “Quando ele saiu, eu examinei-o dos pés à cabeça, passei-o a pente fino. Não se notava nenhuma alteração, nada!”. Relativamente a este momento, Raquel remete-nos ainda para **O Sentir a Diferença no Cuidar**, por parte de alguns profissionais de saúde, “(...) eu cheguei à maternidade, expliquei a situação toda e veio de lá uma besta-quadrada, que não tem outro nome, que me insultou e disse-me “você está a gozar com a minha cara! Não pode estar com contrações!”, eu disse-lhe “quer que eu me ponha aqui a gritar, se quiser eu grito, mas não me adianta nada!”. A mulher (enfermeira) lá me foi revistar toda por baixo e lá me pediu desculpa (...). (...) Elas (as enfermeiras) até ralhavam comigo porque ele dormia comigo (...).”.

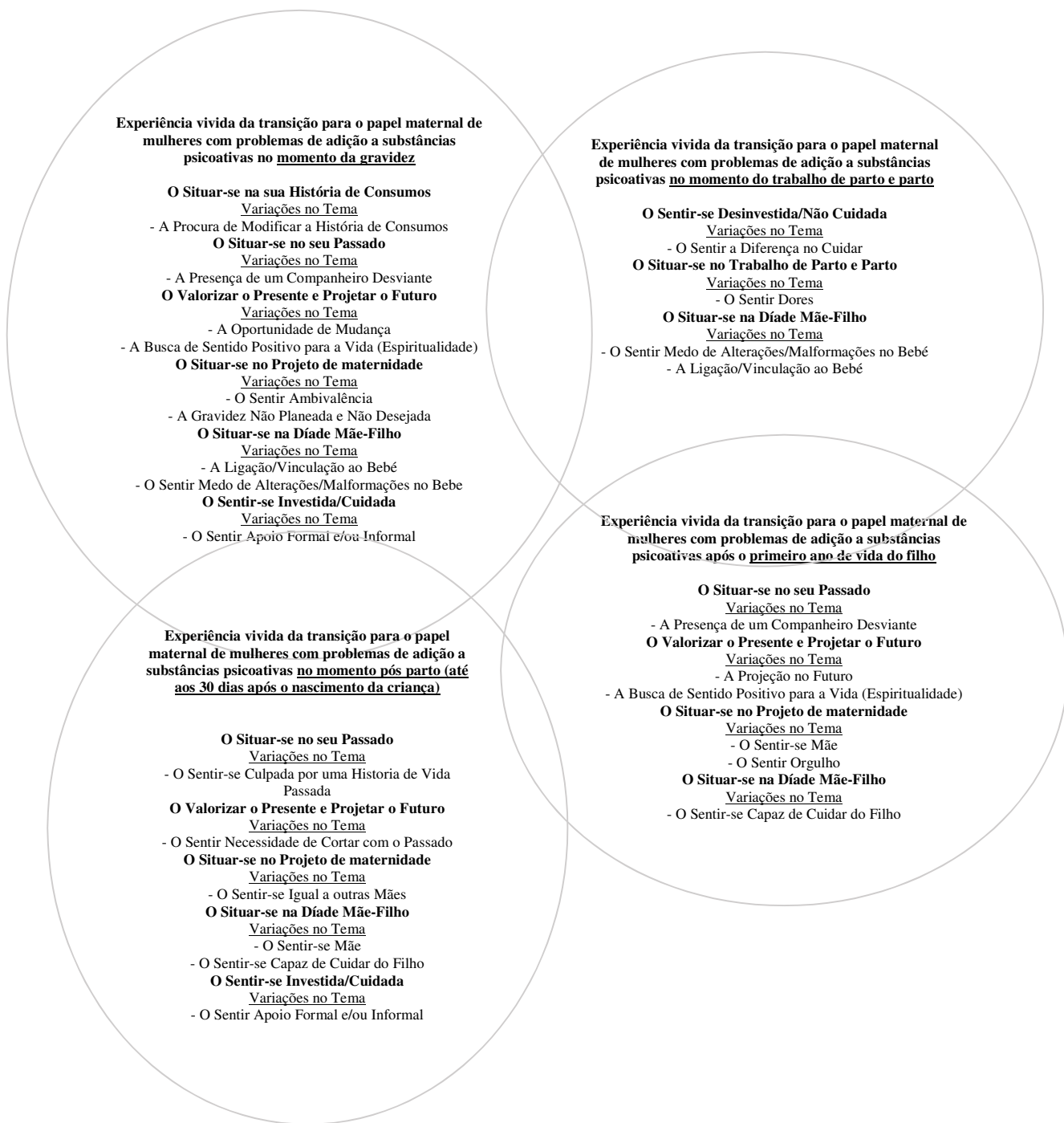
No pós parto (até aos primeiros 30 dias após o nascimento da criança), Raquel sente-se **Culpada por uma Historia de Vida Passada**, “(...) mas neste, como estava muito preocupada, às vezes ficava ansiosa (...)”, e com **Necessidade de Cortar com o Passado**, “(...) porque se antes estávamos zangadas porque ela não foi a melhor mãe para mim, fizemos as pazes no dia em que este bebé nasceu (...).”.

Raquel recorda o **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Não senti dificuldades nenhuma, porque já tinha cuidado dos meus outros filhos (...)” e a **Sentir-se Mãe** “(...) adorei o primeiro mês, porque tínhamos o nosso menino lá em casa.”, tal como uma **Igual a Outras Mães**, “Não precisamos de muita coisa, mas só que tenhamos as mesmas oportunidades que os outros já é muito bom!”, Raquel salienta o **Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, “(...) com a ajuda dos meus filhos e das minhas vizinhas, lá fui andando. A minha mãe também me ajudou (...). Eu tive muito apoio durante este período da minha vida, quer da médica de família, quer de pediatras, quer de vários médicos e isso tranquilizava-me e ajudava-me a andar para a frente. (...) Nunca senti que quer durante o tempo que estive na maternidade e depois cá fora, que me olhassem de lado por ser ex-toxicod dependente e estar a fazer a metadona, pelo contrário, sempre me ajudaram e apoiaram e sabe, isso é muito importante para nós!”.

Ao longo do primeiro ano de vida do filho, Raquel enuncia o **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Sempre procurei cuidar o melhor possível dos meus filhos e acho que nunca lhes faltou nada. (...) Quando lhe dava a papa, quando lhe mudava a fralda, a minha preocupação era ver

*todo o corpo dele até ao dedinho do pé.” e o **Sentir-se Mãe**, “Deste meu filho em particular, acho que fui a melhor mãe possível. Dediquei-me a ele de coração e alma! (...) Uma das coisas que faço é por os meus filhos sempre em primeiro lugar, sempre!”.*

Embora contando com a **Presença de um Companheiro Desviante**, *“Tive muita turbulência na minha vida, porque infelizmente acabei de pôr o meu marido na rua, porque eu aguentei tanto, tanto, estes dezanove anos que precisava de pôr um ponto final e de ter paz na minha vida. (...) Quem me traz dificuldades e chatices e quem estragou a minha vida foi o meu marido e eu agora tive coragem e coloquei-o na rua! (...) Ele causa-me stress, chateia-me, não tem responsabilidades nenhuma! (...) Pelos meus filhos, mandei-o embora! Ele estava a destabilizar-nos e isso influenciava a forma como eu estava em casa e decidi livrar-me dele!”*, Raquel enuncia o **Sentir Orgulho**, *“Trabalho para que nada falte aos meus filhos!”*, procurando o **Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, *“Só peço a Deus que dê saúde, porque com saúde eu cuido dele e das irmãs.”* e **Projetando-se no Futuro**, *“Portanto, eu agora quero continuar a trabalhar e ter saúde para estar sempre com os meus filhos.”*.



Esquema 7 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Sandra (N6)

Patrícia (N7)

Patrícia vive com o seu companheiro, também ele em processo de recuperação da dependência de drogas, com quem detém uma relação harmoniosa. Juntos, tiveram uma filha que permaneceu com estes até ao primeiro ano de vida, estando no momento da realização da entrevista sob os cuidados dos avós paternos. Patrícia mantém uma relação de harmonia com a sua sogra, tendo no entanto uma relação conflituosa com o seu sogro.

Face à experiência vivida da transição para o papel maternal no momento da gravidez, Patrícia refere-nos que o surgimento de um filho de uma **A Gravidez Não Planeada e Não Desejada**, *“Foi muito bom, porque primeiro eu não estava à espera de engravidar (...)”*, constituiu para si **A Oportunidade de Mudança** *“Uma pessoa a querer andar para a frente, a querer mudar de vida e a acreditar que aquela gravidez até era o passo em frente (...)”*, já que procurou estabelecer uma forte **Ligação/Vinculação ao Bebê**, *“Eu procurei sempre fazer tudo direitinho e cuidar da minha gravidez, falava com a minha filha e pedia-lhe para ela me dar força e ajudar.”*, embora a assombrasse **O Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, *“Como era uma gravidez de risco e eu também estava com a metadona, tive de fazer a amniocentese. Ai sim, senti muito medo! Medo de haver alguma coisa com a bebé, medo de a perder! Fiquei muito ansiosa à espera do resultado, aquilo é um suplício e os dias passam e nós estamos sempre a pensar naquilo.”*.

Surgindo a gravidez na **Presença de um Companheiro Desviante**, *“Eu quando engravidei tinha deixado de fumar até tabaco, mas depois experimentei uma vez ‘cavalo’ (heroína) com o meu marido e ficamos agarrados. (...) tive de ser muito forte, porque volta e meia o meu marido fumava e eu vi-o feliz e todo contente e tinha inveja do estado dele. (...) Se no início ele ficou muito contente e feliz com a gravidez, quando andava de cabeça no ar com aquelas coisas, não me ligava nada e não queria saber. (...) Nunca me tratava mal, nem nada, mas estar a fumar aquilo à minha frente e andar todo alvoraçado, é difícil doutora!”*, Raquel procurou **Modificar a História de Consumos**, *“Claro que pensava na minha filha, e no mal que lhe estava a fazer e procurei sempre aguentar-me e depois nunca mais consumi durante a gravidez e os testes que fazia lá no CAT davam sempre negativos.”*, sentindo-se **Culpada por uma História de Vida Passada**, *“Às vezes não temos a vida que sonhamos! Mas eu queria já muito a minha filha, já a sentia mexer, não podia desistir, mas é uma luta!”*.

Referindo **Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, *“Fui logo pedir ajuda e comecei a tomar a metadona. Isso foi importante para mim, porque me ajudou e eu ficava mais calma (...)”*, Patrícia salienta a presença das(os) **Enfermeiras(os) que Cuidam**, *“Deram-me sempre bons conselhos e isso fazia-me pensar e centrava-me no que era importante e acho que lhes devo*

(aos enfermeiros) o facto de ter levado a gravidez a bom porto, porque me davam ânimo e não me faziam desistir.”.

Se **O Sentir Dores**, se encontra associado ao momento do trabalho de parto e parto, “Custou-me muito, porque queriam-me dar a epidural, não me deram (...)”, este momento foi também pautado pela **Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, “Eu estive sempre tranquila e tinha fé que tudo ia correr bem e que a menina vinha bem e assim foi, ela nasceu bem e perfeitinha.”.

Enfatizando **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “(...) estava sempre a dar-lhe mama.”, Raquel mais uma vez na sua narrativa aborda **A Ligação/Vinculação ao Bebê**, “Ela ficou ali ao pé de mim, parece a cheirar-me e é uma sensação única.”, embora **O Sentir Tristeza da Separação Mãe/Filho** fosse presente, “Quando ela nasceu eles levaram-na e isso marcou-me um bocado, porque eu deixei de a ver (...)” Referindo **O Sentir a Diferença no Cuidar**, “Foram todas para junto da senhora e deixaram-me sozinha com o meu marido a assistir e a ajudar-me.”, Patrícia revela alguma **Revolta em Relação às Instituições e Técnicos da Segurança Social**, “Também me lembro de vir ter comigo uma assistente social e perguntar-me se eu precisava de alguma coisa e nós dissemos que não.”.

No que toca ao momento pós parto e primeiros 30 dias após o nascimento da criança, é presente na narrativa da participante **O Sentir Orgulho**, “Estávamos sempre muito preocupados com o peso da bebé, se ela estava a aumentar bem e íamos lá ao médico de família com ela, para ver se estava tudo bem.” e o **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Nós cuidávamos dela, tínhamos tudo arranjadinho e vivemos aquele primeiro mês só para ela. (...) Nós cuidávamos dela como uma equipa, se eu lhe dava o leite, ele ia preparar as coisas para a muda da fralda. Se eu estava mais atrapalhada, ele ajudava-me.” Sentindo **Necessidade de Cortar com o Passado**, “Depois eu no primeiro mês diminuí um bocadinho a metadona e ela não sentiu nada.”, Raquel enuncia **O Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, “Nada lhe faltou e o meu marido ajudava-me muito. (...) Lembro-me muito bem dos meus sogros virem cá vê-la várias vezes e irem todos felizes.”, procurando **A Projeção no Futuro**, “Eu já estava a fazer muito pouco de metadona, ele entretanto também foi para o programa da metadona e parecia que a nossa vida estava a organizar-se.”.

Situando-nos no primeiro ano de vida do filho de Patrícia, emerge da sua narrativa um primeiro momento em que esta alude ao **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Eu cuidava da menina, o meu marido ia para a formação.”, e ao **Sentir-se Mãe**, “Foi uma felicidade ter visto o primeiro dente da menina, a primeira vez que gatinhou, foi muito bom! Recordo esses momentos com felicidade (...)” No entanto, verificou-se **O Retorno aos Consumos**, “Tinha a menina quase um ano, nós agarrámo-nos novamente aqui nesta terra (refere o nome da

cidade), consumíamos aqui. (...) Com aquela confusão e com os entraves que nos colocaram, não começámos logo com a metadona e continuámos a consumir, porque lá ainda era mais fácil arranjar do que aqui. Bastava ir ao jardim para conseguirmos arranjar a droga!”, pela **Presença de um Companheiro Desviante**, “O meu marido não se aguentou, voltou a ter contacto com alguns amigos e como eu não tinha grande estrutura familiar, para além do meu marido, não consegui sair antes e ver o que se passava. (...) Se eu não estivesse com ele, provavelmente não me tinha agarrado, porque é uma coisa que eu não gosto muito, mas sabe como é que é, termos um companheiro agarrado a uma droga, levar para casa, fumar à nossa frente...uma pessoa mesmo que não queira, vê como ele fica e sente a tal inveja e também quer, e foi por causa dele que eu voltei a consumir a droga. (...) Eu vou-lhe ser muito sincera, se eu antevisse que isto ia acontecer tinha saltado fora. Ele que se afundasse e eu tinha ficado com a minha filha!”. Embora procurasse **Modificar o Padrão de Relação com Familiares e/ou Amigos**, “Depois, fomos para outra terra (refere o nome da cidade) para nos afastarmos das companhias, porque os nossos amigos também consumiam e era fácil o acesso que tínhamos ao ‘cavalo’ (heroína). (...) Nós queríamos afastarmo-nos deste ambiente e destas companhias, porque os tais amigos, que não são amigos coisa nenhuma, não nos largam e para nos afastarmos, mudámos de terra.”, Patrícia expressa o sentimento de **Tristeza pela Perda do Poder Parental**, “Na altura, os meus sogros aperceberam-se e tiraram-nos a menina. Foi muito difícil para mim! Chorei muito! (...) Foi então, quando os meus sogros me tiraram a menina. Foram os meus sogros que me tiraram a menina, não foram assistentes sociais, não foram nada, foram os meus sogros! (...) Mas, os meus sogros como sabiam dos nossos problemas, do ‘cavalo’ (heroína), do álcool, acharam por bem levar a menina com eles. Custou-me muito! Chorei muito! (...) Ainda por cima, quando eles a foram buscar ela tinha começado a dar os primeiros passos, estava naquela fase muito linda, muito engraçada, foi quando a levaram, o que fez com que eu ainda me agarrasse mais e queria ainda consumir mais para esquecer. Foi difícil!”, o que determinou **O Sentir-se Vigiada Por Outros**, “Ela vem quando queremos e podemos ir a casa dos meus sogros quando queremos, mas não é a mesma coisa.” e **O Sentir-se Culpada por uma Historia de Vida Passada**, “Hoje olhando para trás, estou muito arrependida, porque o que ganhei no primeiro ano de vida da minha filha, perdi a seguir! (...) Mãe é mãe e eu hoje estou muito arrependida.”, fazendo com que expresse **Sentir Medo de Deixar o Programa Terapêutico**, “Nós neste momento estamos a metadona, estamos a reduzir, mas eu até tenho medo que ele reduza muito, porque pode cair em tentações.”.



Esquema 8 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Patrícia (N7)

Nélia (N8)

Nélia vive sozinha. O seu companheiro encontra-se preso, tendo uma história relacionada com o consumo de drogas e álcool. Permaneceu junto da sua filha numa instituição, sendo que, após o término do prazo de permanência materna junto da descendente, teve de abandonar a instituição, deixando a mesma em processo de adoção.

Na transição para o papel maternal no momento da gravidez, Nélia viaja connosco a uma gravidez que surge de forma **Não Planeada e Não Desejada**, *“Eh pá, na verdade eu quando estava grávida senti muito pouco, porque eu engravidei por acaso. (...) Eu sinceramente, eu tinha a criança na barriga, mas sinceramente eu não sei o que é que eu tinha, porque a minha cabeça na altura estava toda avariada. Eu devia nessa altura, ter feito o aborto, porque aquilo não era vida para uma criança e ainda dava para ‘tirar’, mas ele não me deixou. (...) Eles falaram comigo e eu andava tão mal, tão mal, que disse que não queria a minha filha, para eles a darem.”*, referindo, por isso, **O Sentir Ambivalência**, *“Eu às vezes custava-me pensar em não ficar com a minha filha, e queria ficar com ela, mas ao mesmo tempo pensava na vida que a minha filha ia ter, como é que ia ser?”*.

Pela **Presença de um Companheiro Desviante**, *“Eu estava com um companheiro mas nós não tínhamos nenhuma relação, isto é, era uma relação sem amor, sem nada, só estávamos. (...) Acreditava que ele me ia ajudar e a minha vida ia andar para a frente, mas depois a nossa vida era consumir, era andar para trás e para a frente, era roubar, era dormir, e assim passávamos os dias. (...) Ele é que controlava a minha cabeça, ele é que me mandava fazer tudo, ele é que mandava e mim! (...) ele não me ajudava a recuperar, porque se eu estava a fazer a metadona, ele ia para casa e consumia à minha frente.”*, Nélia refere-nos que a sua **A Gravidez Não foi Viguada**, *“Eu passei a gravidez sem nenhuma consulta, nunca fui ao médico.”*, emergindo **O Sentir-se Culpada por uma História de Vida Passada**, *“Eu nunca andei na estrada a vender o corpo senhora, mas que roubava, roubava! (...) Tenho pena de não ter pedido ajuda mais cedo! Acho que se tivesse pedido ajuda e apoio antes tudo poderia ter sido diferente.”*.

Sentindo-se **Sozinha**, *“Eu não tenho aqui ninguém, os meus pais estão na Ucrânia e eu estou aqui sozinha.”*, a gravidez surge como **A Oportunidade de Mudança**, *“Na gravidez quando comecei a fazer a metadona, comecei a pensar de outra maneira, porque não estava sob o efeito das drogas.”*, em que **A Ligação/Vinculação ao Bebê**, *“Nessa fase, já do fim da gravidez, lembro-me de falar para ela na barriga, de a sentir mexer, mas já foram poucos meses assim, porque ela entretanto nasceu.”*, permite **A Projeção no Futuro**, *“Eu achava que não ia ser boa mãe para ela, achava que não devia continuar com a gravidez, porque quando ela crescesse não ia ter um bom futuro (...). Se eu tivesse condições para a criar e estivesse*

sozinha, acho que isso nem me passava pela cabeça, mas eu via a vida que tinha, eu via o homem que eu tinha ao meu lado, o que é que queria que eu pensasse.”, contando com algum **Apoio Formal e/ou Informal**, “Passado uns tempos, uma doutora da CPCJ veio ter comigo e perguntou-me se eu não queria vir para o CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) fazer a metadona. (...) Claro que quando vim para o CAT senti mais apoio, senti-me mais capaz (...)”.

Do trabalho de parto e parto, Nélia recorda **O Sentir Dores**, “Eu tinha dores terríveis (...). Olhe tinha tantas, tantas, que nem dava espaço entre elas.”, o **Sentir Medo**, “Depois para além das dores, estava nervosa e ansiosa e não havia ninguém para acalmar, para eu ficar mais tranquila.”, e **O Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “Eu estava muito preocupada com a menina, mas a menina até nasceu de parto normal e até nasceu bem. (...) Tinha medo que ela viesse a ressacar (...)” O nascimento do seu filho levou-a a **Sentir Felicidade**, “Lembro-me de lhe terem cortado o cordão e terem-na levado para uma mesa onde a limpavam e ela chorava, chorava, essa parte foi muito boa.”, e **Sentir a Ausência do Contacto Imediato com o Recém-Nascido (pele a pele)**, “(...) levaram-na para a unidade, não ficou ali comigo mais tempo nenhum.”. Referindo **Sentir a Diferença no Cuidar**, “Lá, eu senti muita diferença. Quando souberam que eu era toxicodependente, deixaram-me um bocado por ali. (...) Vieram ver-me, mas depois passavam muito tempo sem vir, e eu estava ali sozinha. Achei que não tinham bons modos e uma pessoa naquelas alturas precisa de uma palavra amiga, de um conforto e isso acho que não tive muito. (...) Eu fiquei num quarto sozinha, porque estas situações são assim, põem-nos num quarto sozinhas.”, Nélia sente-se **Culpada por uma Historia de Vida Passada**, “Naqueles momentos pensei em tudo, pensei no que tinha feito à minha filha, na vida desgraçada que tinha tido, no que ia fazer para o futuro.”, procurando a partir desse passado **A Projeção no Futuro**, “Houve ali momentos em que eu acho que fiz o balanço da minha vida e pensei no que queria para o futuro. Eu queria ficar com ela, mas pensava em como é que eu ia fazer isso, quando não tinha ninguém para me ajudar.”.

Face ao momento pós parto e primeiros 30 dias após o nascimento da criança, Nélia dá-nos conta da **Ligação/Vinculação ao Bebê**, “Apesar disso, eu nos dias a seguir fui ver a minha filha à unidade de cuidados intensivos.” e do **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Eu via o que elas faziam e no outro dia tentava fazer igual (...)”, destacando **As (os) Enfermeiras (os) que Cuidam** “(...) se tivesse sorte e apanhasse uma enfermeira boazinha, ela deixava-me fazer e ficava ali ao pé de mim (...)”.

Referindo **Sentir Estigma Social em relação à Capacidade em Ser Mãe**, “No início não me deixavam fazer nada à minha filha, nem pegar. (...) Se calhar tinham medo porque como eu era toxicodependente e tinha roubado... há sempre aquelas ideias e eu percebo.”, da narrativa de

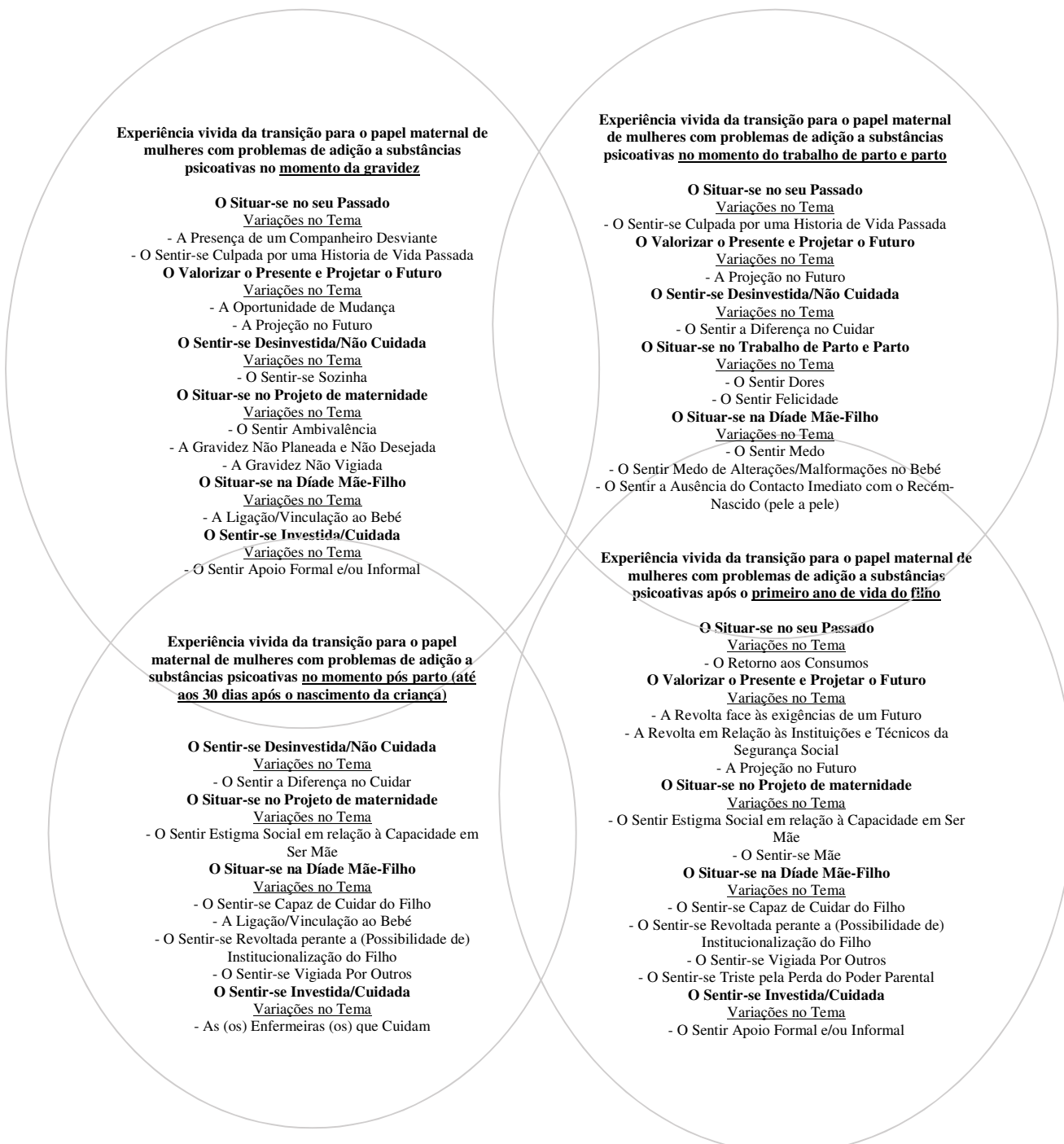
Nélia emerge **O Sentir a Diferença no Cuidar**, “(...) eu fiquei num quarto à parte, nem sequer fiquei com outras mães nas enfermarias, porque há quartos de três camas e outros de mais camas, mas eu fiquei sozinha. (...) As enfermeiras diziam “sempre a dormir, sempre a dormir!” (...). Eu estava sempre a chamar, a chamar as enfermeiras e ninguém vinha e eu cheia de espasmos, cheia de dores, é horrível! (...) algumas enfermeiras diziam “como não sabe fazer, eu faço!”. (...) se tivesse azar e apanhasse aquelas mais antipáticas, ficava quieta para elas não ralharem comigo (...).”, **O Sentir-se Vigiada Por Outros** “(...) eu tinha muito medo que escrevessem alguma coisa sobre mim nos papéis da CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens).”, e **O Sentir-se Revoltada perante a (Possibilidade de) Institucionalização do Filho**, “Depois a doutora da comissão veio falar comigo e perguntou-se se eu queria dar para adoção. Eu disse que não e ela disse “também não vem ver a sua filha todos os dias!”, eu disse “pois tem razão, mas eu quero vir, mas não tenho dinheiro! Como é que eu venho?”. Ela depois voltou a perguntar se eu não queria dar para adoção e eu disse que não queria, queria era que elas me ajudassem a ficar com a minha filha (...). (...) Porque olhe, eu sou daqui, a minha filha ficou na unidade, eu não tinha dinheiro quase nenhum, como é que eu ia e vinha todos os dias? Claro, não podia ir ver a minha filha todos os dias.”.

Voltando ao primeiro ano de vida do filho, Nélia recorda **O Sentir-se Mãe**, “Como estava tão centrada na minha filha, nem me lembrava que existia mundo cá fora. Eu vivia ali e sentia-me protegida, sentia-me bem! [chora] A minha filha se andasse a brincar e não me visse e depois me visse, lá dava ela às perninhas de felicidade. Foi muito bom!”, e **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Eu lá fazia tudo á minha filha. Estávamos as duas juntas num quarto e eu dava-lhe a comidinha, mudava as fraldas, adormecia-a, olhe passava o dia de volta dela.”, no entanto, estes sentimentos alternam com **O Sentir Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe**, “Acho que naquele mês que eu estive ali, muitas coisas correram mal, porque nós temos aquele rótulo como a senhora sabe, e em vez de puxarem mais por nós, não, deitam-nos abaixo e nós já somos fracas, estamos sozinhas, se não nos ajudam, não conseguimos.”, **O Sentir-se Revoltada perante a (Possibilidade de) Institucionalização do Filho**, “Ainda consegui ir ver a minha filha uma vez a Pombal, mas passado um mês transferiram a minha filha para Castanheira de Pera, já viu onde fica Castanheira de Pera? Não havia nada mais perto? Ainda é mais longe! Ora, se eu nem para comer tinha dinheiro, como é que eu ia para Castanheira de Pera?”, e **O Sentir-se Vigiada Por Outros**, “Andavam sempre em cima de nós como se fossemos umas assassinas, para ver se falhávamos para escreverem lá nos nossos papéis a dizer que éramos más mães.”

Procurando fazer **A Projeção no seu Futuro**, “Eu pensava às vezes noites a pensar que vida ia ser a nossa? Se eu não tinha trabalho, não tinha ajudas de ninguém, o que é que eu podia

dar á minha filha?”, Nélia evidencia **A Revolta face às exigências de um Futuro**, “Eu falei lá com a diretora e pedi, eu supliquei, pedi a chorar, para me deixar estar mais tempo e ela disse-me que só tinha mais um mês e que quando saísse tinha de arranjar um trabalho e condições para a minha filha, senão não poderia ficar com ela. (...) Claro, se eu estava ali dentro, longe do sítio onde morava, passava o dia a tomar conta da minha filha como as mães devem fazer, como é que eu ia arranjar um emprego assim rápido? Ainda perguntei se podia ser nas limpezas, porque podia ir a umas senhoras, mas disseram-me que só podia se fosse declarado e com recibos, porque de outra forma não dava.”, e a sua **Revolta em Relação às Instituições e Técnicos da Segurança Social**, “Passado uns dias, disse-me que eu podia ir para Pombal com a minha filha, para uma instituição, mas que só podia estar até ela ter uns seis meses e até lá tinha de resolver a minha vida, porque senão eu ficava sem ela. (...) Das doutoras, não tenho bem nem mal a dizer, porque elas não me ajudaram, nem me ensinaram nada, a gente estava ali e geria a nossa vida, elas só nos controlavam. (...) agora as outras doutoras nada! Andavam era de sapatos altos para a frente e para trás e pronto, era a vida delas!”.

Referindo **Sentir Falta de Apoio Formal e Informal** “Sabe doutora, nós não temos a cabeça no lugar, se não nos orientarem, nós temos dificuldade em fazer sozinhas e com um filho nos braços ainda pior.”, Nélia **Retornou aos Consumos**, “(...) depois comecei a afundar-me a afundar-me, a sentir-me sozinha, sem ninguém e fui procurar novamente companhias que não devia. (...) Primeiro consumia pouco e ainda fazia metadona, mas depois comecei a faltar à metadona e a voltar a consumir da pesada. Desgracei o resto!”, o que acabou por determinar **O Sentir-se Triste pela Perda do Poder Parental**, “Sai de lá a chorar parecia uma criança, até me agarrei às grades a chorar pela minha filha. Isto não se faz a ninguém. (...) Depois ligaram-me outra vez da CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) e voltaram a perguntar-me e eu disse que sim, que dava para adoção. Quando desliguei, chorei tanto, tanto, que fui ‘fumar uma’ que só acordei no outro dia, porque o que eu queria era esquecer. Passado umas semanas veio umas doutoras ter comigo, eu assinei uns papéis e pronto, nunca mais vi a minha filha até hoje! [chora] Agora, olhe senhora, ando aqui! Eu perdi mesmo a minha filha! (...) O que é que eu posso fazer, senhora? Nada, tenho de ir vivendo com esta dor e mágoa, mas já não tenho nenhum motivo para viver senhora! Fiquei sem ela!”.



Esquema 9 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Nélia (N8)

Cristina (N9)

Cristina vive com os seus dois filhos e o seu companheiro, sofrendo este de patologia mental associada à adição de drogas e álcool, pelo que mantém com o mesmo uma relação conflituosa.

Procurando a experiência vivida da transição para o papel maternal no momento da gravidez de Cristina, da sua narrativa emerge o surgimento de uma **Gravidez Não Planeada e Não Desejada**, “*Eu engravidei do meu segundo filho, sem querer, foi um acidente! Quando descobri já estava com umas oito semanas.*”, em que **O Sentir Ambivalência** é presente, “*Ainda pensei fazer um aborto mas depois optei por ter. (...) A gravidez não foi difícil, embora no início eu não o quisesse ter, sou franca, por causa da minha situação de vida e ainda a ia complicar mais (...).*”. Associado ao **Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “*Ao início, fiquei um bocado assustada por causa da medicação, porque tinha medo que o menino viesse com síndrome de abstinência, porque na altura eu não estava a fazer metadona, estava a fazer os ‘azevedos’ (bruprenorfina). Tinha um bocado de medo porque diziam que eles (as crianças) podiam vir mal, com privação, e isso preocupava-me!*”, Cristina refere **O Sentir-se Sozinha**, “*Eu na altura também me sentia um bocado sozinha. Os meus pais estão doentes, estão acamados, as coisas com o meu companheiro, que é o pai dos meus dois filhos também não andavam bem e isso fez-me cair em tentação.*” e **O Sentir Medo de Perder o Filho**, “*O meu medo era a CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens), tinha medo que me levassem os meus filhos e isso atormentou-me também na gravidez. (...) Há sempre aqueles medos, mas eu senti mesmo medo, porque tinha consumido, eles sabiam e podiam ter-me tirado os filhos, mas deram-me uma segunda oportunidade!*”.

Surgindo a gravidez de uma relação com **um Companheiro Desviante**, “*Depois a minha relação com o meu companheiro também é um bocado instável e eu fiquei com muito medo e muito mais pelos meus filhos. (...) Ele na altura consumia, consumia à minha frente e isso também não é fácil. Quando ele consumia cocaína, isso mexia comigo, eu só com o cheiro sentia a necessidade e tinha de me controlar. (...) Acho que se ele não estivesse comigo era mais fácil eu afastar-me das drogas. Ele criava-me e cria-me ainda insegurança!*”, Cristina ressalva **O Sentir Apoio Formal e/ou Informal** dos profissionais de saúde, “*A equipa foi espetacular e apoiou-me muito e isso facilitou aqueles momentos mais difíceis.*”.

Voltando-nos para a experiência vivida da transição para o papel maternal face ao momento do trabalho de parto e parto, Cristina sente-se **Culpada por uma Historia de Vida Passada**, “*Eu já tinha tido tantos problemas na minha vida, que pelo menos o meu filho nascesse bem e com saúde. Era o que eu mais pedia! Hoje penso, havia aquela coisa no início*

de fazer o aborto, mas depois foi a melhor coisa que eu tive e quando penso nisso até sinto remorsos acredita!”, sentindo **Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “(...) só estava preocupada se ele nascia bem e se tudo corria bem com ele, era a minha grande preocupação.”.

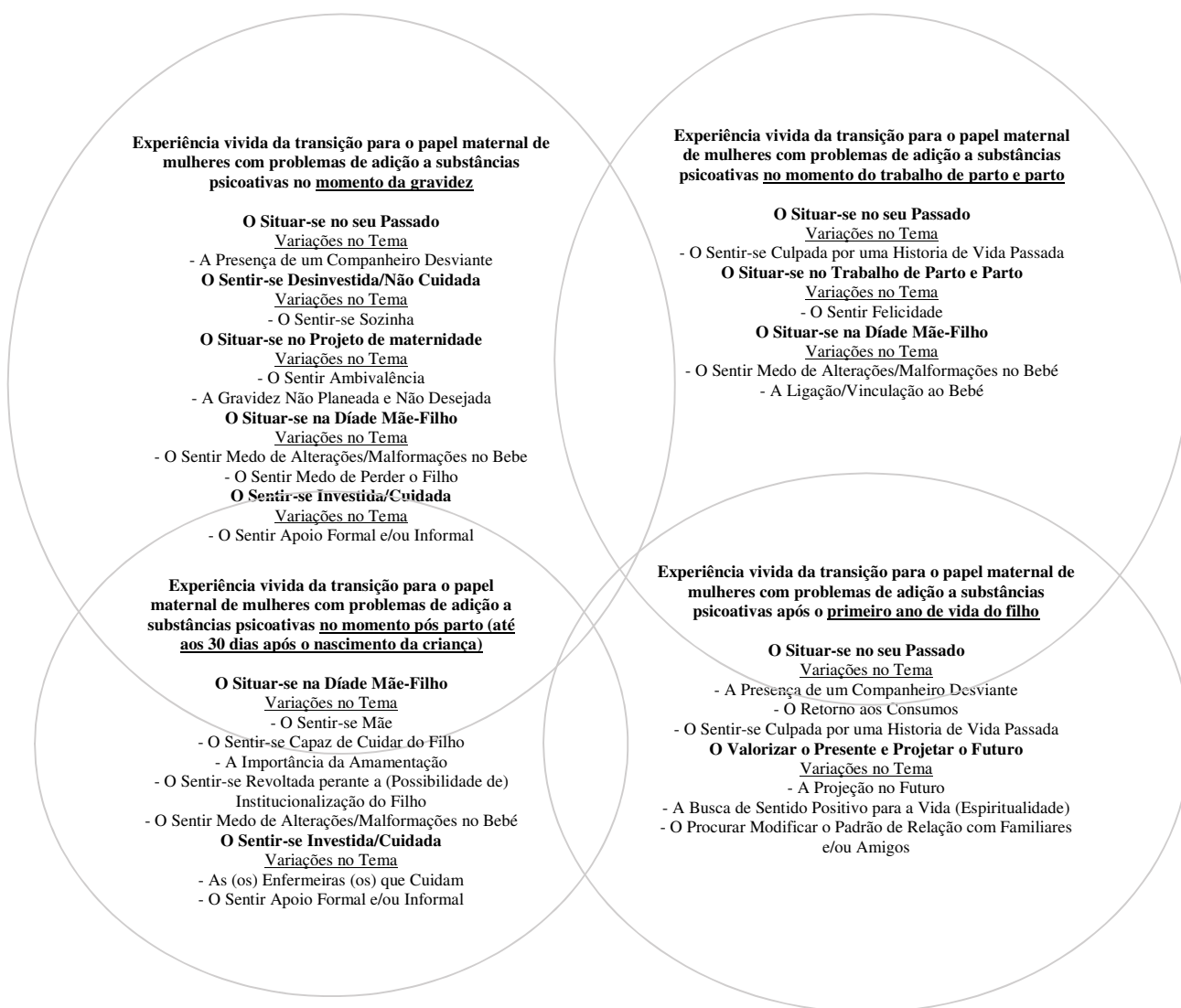
Do nascimento do seu filho, Cristina na sua narrativa ilustra **O Sentir Felicidade**, “Quando acabaram de me coser, ele foi logo posto à mama e mamou logo.”, assente na sua **Ligação/Vinculação ao Bebê**, “Ele esteve ali junto a mim uma data de tempo e foi muito bom! Foi uma experiência que não tinha tido no meu outro filho e foi maravilhoso, porque estamos ali os dois e ele está junto a mim.”.

Face ao momento pós parto e primeiros 30 dias após o nascimento da criança, Cristina fala-nos do **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “(...) não senti dificuldades em cuidar dele, eu fazia tudo e não precisava de ajuda das enfermeiras.” e do **Sentir-se Mãe**, “Tinha o meu filho, ele estava bem e isso era o mais importante e ali tinha todo o tempo para me dedicar a ele.”, onde se destaca a **Importância** que a **Amamentação** tem para si, “Ele ficou sempre junto a mim e eu amamentei logo e sempre.”. Apesar de **Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “Pronto como lhe disse ele nasceu bem, mas os médicos tinham medo e eu também de ele ressacar. (...) Fiquei assustada também porque as duas primeiras noites ele só chorava, só chorava!”, Cristina salienta **O Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, “Olhe, lá não me sentia sozinha, porque sabia que estava acompanhada e tinha alguém (...).Gostei muito daqueles dias porque me sentia protegida e ninguém me chateava a cabeça.”, nomeadamente das(os) **Enfermeiras(os) que Cuidam**, “Elas às vezes apareciam lá, mas sou-lhe franca, não eram muitas as vezes, era mais os estagiários, mas eu orientava-me e elas até eram impecáveis porque se eu chama-se elas vinham sempre.”, no entanto, do seu discurso emerge ainda **O Sentir-se Revoltada perante a (Possibilidade de) Institucionalização do Filho**, “Durante estes dias eu também tive medo da CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens), mas nunca falaram comigo enquanto lá estive, nem nunca me disseram nada, só apareceram mais tarde quando eu já estava em casa.”.

Viajando no tempo e recuando ao primeiro ano de vida do seu filho, Cristina volta a enunciar **O Sentir-se Culpada por uma Historia de Vida Passada**, “Acho que a minha vida podia estar a melhorar, mas acho que melhorou bastante durante este espaço de tempo.”, procurando **Modificar o Padrão de Relação com Familiares e/ou Amigos**, “Eu nunca fui de ir consumir sozinha, isso não, mas se alguém me mostra e está em casa comigo e que a tem, fica muito difícil resistir!”, dificultado pela **Presença de um Companheiro Desviante**, “(...) a minha relação com o meu companheiro não é certa, ele é um bocado complicado, e se nós não estamos bem, depois lá em casa ninguém está bem.”, levando-a ao **Retorno aos Consumos**,

“Durante este tempo todo eu estive sempre a fazer a metadona, mas não lhe vou mentir e digo-lhe que durante esse ano às vezes consumi, porque o meu companheiro trouxe e eu não resisti. (...) As duas vezes que consumi já com os meus dois filhos, nunca foi à frente deles, mas eles começam a crescer e podem aperceber-se e eu não quero.”.

Procurando **A Projeção no Futuro** “Eu sei que tenho de parar e nunca mais consumir, porque até em termos de dinheiro prejudica (...)”, Cristina trilha o caminho na **Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, “Eu preciso é de força psicológica, muita força na cabeça!”.



Esquema 10 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Cristina (N9)

Carla (N10)

Carla teve uma filha de uma anterior relação, sendo que no momento da realização da entrevista tinha quatro anos de idade. Após a separação do anterior companheiro, Carla teve um filho do seu atual companheiro, que se encontra preso, com quem detém uma relação conflituosa. Com os seus sogros e com a sua progenitora, Carla mantém uma relação de amizade e proximidade, sendo estes o seu grande apoio.

Carla revela-nos que no que concerne ao momento da gravidez recorda **O Sentir Ambivalência**, “*Não lhe posso dizer que fiquei contente, porque não fiquei! Fiquei assim um bocado surpresa, porque não estava à espera, foi assim um ‘flash’, mas depois pronto lá caí em mim, fui andar um bocado para pensar na minha vida! (...) Depois da fase inicial em que fiquei um bocado baralhada, não sabia se queria a bebé ou não, sou-lhe franca, isso passou-me.*”, de **uma Gravidez Não Planeada e Não Desejada**, “*Não estava a fazer conta de ficar grávida tão rápido, porque eu tomava a pilula, mas deve ter havido alguma falha da minha parte que fiquei grávida.*”, em que tudo é dificultado pela **Presença de um Companheiro Desviante**, “*O pior da minha gravidez que eu recordo com muita raiva e revolta foi o meu marido bater-me. Eu casei por amor, gostava mesmo dele e isso cegava-me. Eu fazia tudo o que ele queria e foi com ele que entrei no mundo das drogas e quando eu estava grávida o meu marido bateu-me. [chora] (...) o que mais me marcou em termos negativos foi o meu companheiro e passei a gravidez sempre com muito medo, muito receio!*”.

Expressando **Ligação/Vinculação ao Bebê**, “*Adorava falar para a minha filha porque me sentia acompanhada, sentia que não estava sozinha e isso foi bom! (...) Lembro-me muito bem da primeira ecografia que fiz. Eu ouvir ali o coraçãozinho, foi magnífico! Depois eu tive a sorte de ter um médico muito bom a fazer-me a ecografia, que me explicou tudo e isso foi muito importante para mim, marcou-me muito.*”, Carla refere-nos **O Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “*Nesta gravidez eu tinha consumido cocaína e depois estava com o subutex e isso preocupava-me, porque a criança podia vir com os sintomas de privação. (...) Tive de ir subindo a metadona por causa do bebé e isso angustiava-me, mas graças a Deus não nasceu com sintomas de privação.*”.

Constituindo-se a gravidez uma **Oportunidade de Mudança**, “*Eu dediquei-me mesmo à minha gravidez! [sorri] Fazia tudo o que me mandavam, alimentava-me bem, fazia caminhadas. (...) Acho que a gravidez me deu alento! Eu tinha passado uma fase complicada e como lhe disse atrás, tinha entrado no mundo das drogas há muito pouco tempo, portanto a gravidez deu-me novos horizontes. (...) Eu comecei a pensar mais em mim, a pensar na bebé e*

na minha outra filha. A sentir-me mais forte e mais capaz, e isso foi bom!”, Carla ressalva **O Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, “Depois voltei ao CAT e lá me orientaram para Coimbra por causa da gravidez, porque eu tinha começado à muito pouco tempo o subutex (buprenorfina), mas depois tive que mudar para a metadona, porque na gravidez não se pode consumir subutex.”.

Sobre a experiência vivida da transição para o papel maternal face ao momento do trabalho de parto e parto, Carla recorda especialmente **O Sentir Dores**, “O parto foi normal e fiz epidural, porque me doía muito (...).” e **O Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “Claro que estava preocupada com o meu bebê e se ele tinha sintomas de ressaca da metadona.”.

Do momento pós parto (até aos primeiros 30 dias após o nascimento da criança), Carla na sua narrativa mostra-nos **A Ligação/Vinculação** estabelecida com o seu **Bebê**, “Foi até hoje, o ano novo que passei melhor, porque estávamos só nós as duas! Ela tinha nascido há pouco tempo e éramos só as duas que ali estávamos, foi muito bom!”, o que determinou também **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Ela comia bem, eu dava-lhe peito e nisso não tive problema nenhum, tanto é que ela mama até agora. Eu era que lhe fazia tudo, fui eu que lhe dei logo o primeiro banho, que a vesti, tudo, não senti dificuldades nenhuma (...). Não sentia dificuldades nenhuma em cuidar dela, à exceção de ela chorar muito.” e **O Sentir-se Igual a Outras Mães**, “Nunca senti que os enfermeiros e os médicos me tratassem de forma diferente, estava num quarto sozinha é certo, mas de resto não, tudo excelente e deixaram-me sempre fazer tudo. (...) Por acaso, sempre achei estranho que nestas situações como a minha nunca viessem cá a casa, nem do centro de saúde, nem nada, mas pronto melhor!”.

Se durante o internamento após o parto, Carla salienta **As(os) Enfermeiras(os) que Cuidam**, “A única coisa que eu pedi era quando me apetecia ir fumar um cigarrinho, era elas (as enfermeiras) ficarem com a bebé e assim era! Eu dizia-lhes e elas (as enfermeiras) ficavam com ela.”, já no seu domicílio Carla sente **Apoio Formal e/ou Informal**, “Às vezes vinha a minha vizinha de cima pegar nela ao colo para que eu conseguisse fazer alguma coisa em casa. Às vezes até intercalávamos, a minha vizinha fazia primeiro as limpezas dela e depois descia para ficar com a bebé e eu fazia as minhas coisas. (...) na maternidade tinham-me dito que fazia as coisas bem!”. No entanto, a possibilidade de institucionalização do seu filho leva-a a exprimir alguma **Revolta em Relação às Instituições e Técnicos de Segurança Social**, “(...) quando é para nos tirar os filhos vêm os da CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens), mas para nos ajudar a sermos boas mães, a fazermos as coisas bem, não aparece cá ninguém! Eu sei disto por outras raparigas e acho um bocado injusto, porque às vezes a nossa vida não

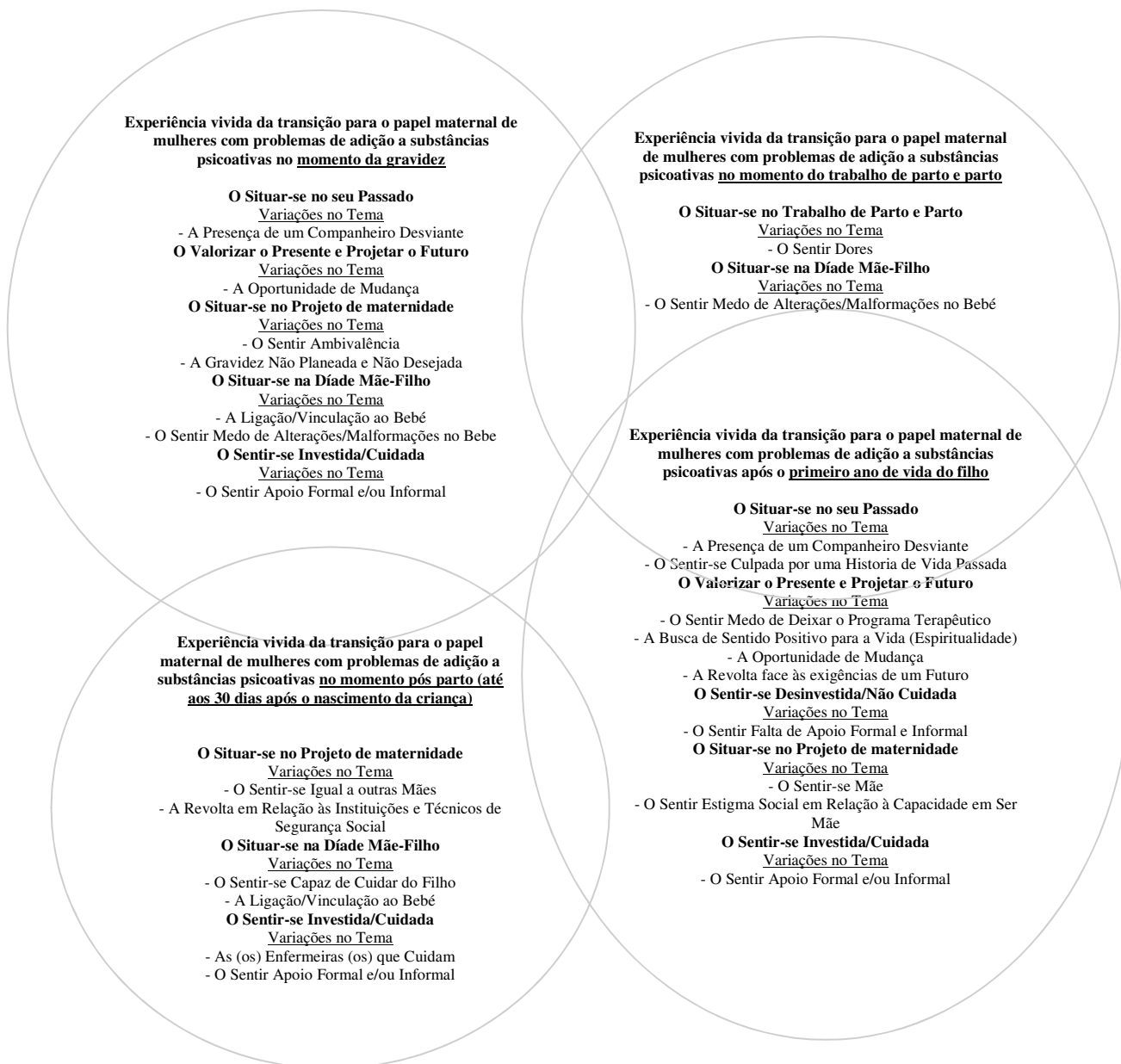
ajuda, temos muitos problemas e dificuldades e em vez de nos ajudarem a levantar, não, ainda carregam mais!”.

Recuando no tempo e tentando situar-se no primeiro ano de vida do filho, Carla refere-nos **O Sentir-se Mãe**, *“Durante esse ano, foi quando ela começou a comer, foi os primeiros dentinhos, foi quando começou a gatinhar e eu tive a sorte de ter visto tudo. Eu já gostava de ser mãe, mas com o nascimento da minha segunda filha e se calhar porque eu já sabia fazer algumas coisas da melhor forma, aproveitei mais e senti-me mais mãe!”* e aborda **A Oportunidade de Mudança** que a gravidez e nascimento do seu filho constituíram, *“Apesar de esta gravidez ter surgido numa altura pior, porque da minha primeira filha eu não tinha andado nas drogas, foi com esta gravidez que por um lado eu tive mais dificuldades, mas por outro, foram as dificuldades que me fizeram ter força para as ultrapassar e senti-me com mais força por lutar. (...) Lutei por aquilo que queria, dediquei-me mais, tentei fazer e ser melhor pessoa e melhor mãe.”*, tal como **A Busca de Sentido Positivo para a Vida (Espiritualidade)**, *“Eu gosto muito de dizer “Sou mãe, tenho duas filhas!”*, mas peço a Deus para me ajudar a levar esta cruz e não perder o norte (...).”, onde sente **Falta de Apoio Formal e Informal**, *“Durante este caminho de ser mãe, eu esforcei-me muito e não tive grandes ajudas.”*

Recordando o passado, Carla mais uma vez aborda **A Presença de um Companheiro Desviante**, *“Tive azar de estar com a pessoa errada na altura errada e experimentei e cáí! (...) Lembro-me de nesse ano o meu companheiro ter consumido e ter desaparecido durante dois dias e como eu sabia os sítios onde ele andava, tive de pôr a miúda pequenina no carro e ir à procura dele. Isso custou-me muito! (...) Passado este ano, já a menina tinha um ano e pouco, ele foi preso e eu vi-me um bocado sozinha (...).”,* **Culpando-se por uma Historia de Vida Passada**, *“Esta situação marcou-me enquanto mãe, porque acho que não há mãe nenhuma que goste ou gostasse de ter que levar a filha para um sítio daqueles e ver o pai da sua filha naquele estado.”.*

Se **O Sentir Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe** é patente na narrativa de Carla, *“Nós às vezes carregamos aquele rótulo de sermos más pessoas, de sermos desvairadas, de sermos más mães, mas é como lhe digo, pode acontecer a qualquer pessoa e eu tive azar!”*, a participante mostra **A Revolta face às exigências de um Futuro**, *“Nesta altura, quando ele foi preso, senti-me muito em baixo e vi-me sem dinheiro para cuidar das minhas filhas e então optei por uma coisa que nunca devia ter feito, a prostituição. Tive de recorrer algumas vezes a isso para conseguir ter dinheiro. Não foram muitas vezes (...). Já sei que as pessoas vão julgar-me, mas o que é que quer, eu vejo-me sozinha, sem dinheiro para as minhas filhas terem uma vida digna, tive de fazer alguma coisa!”*

Se **O Sentir Medo de Deixar o Programa Terapêutico**, ainda faz parte do momento presente, *“Nunca deixei a metadona, porque tenho medo de o fazer e cair em desgraça!”*, é no Centro de Atendimento a Toxicodependentes que sente **Apoio Formal e/ou Informal**, *“Os meus sogros ajudaram-me e ajudam-me muito, recebo o rendimento mínimo e a minha mãe também me ajuda. (...) Às vezes sinto-me deprimida e vou falar com as doutoras do CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) que às vezes ajustam a metadona ou falam um bocadinho comigo e dizem-me sempre para ver as companhias e essas coisas.”*.



Esquema 11 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Carla (N10)

Inês (N11)

Inês vive com os seus pais, tendo uma relação de grande proximidade com o seu pai. O seu atual companheiro encontra-se preso, tendo com este uma relação conflituosa. Apesar de ter permanecido com a filha até ao primeiro ano de vida, a mesma foi institucionalizada.

Inês situa-se no momento da gravidez referindo-nos o surgimento de **Gravidez Não Planeada e Não Desejada**, “*Soube da gravidez logo no início, não foi uma gravidez desejada, nem planeada, aconteceu!*”, de um **Companheiro Desviante**, “*Eu consumia drogas e o meu companheiro também e andávamos os dois nessa vida e só depois é que descobri que estava grávida.*”, em que emerge **O Sentir Ambivalência**, “*Com o passar do tempo, até comecei a gostar de estar grávida.*”.

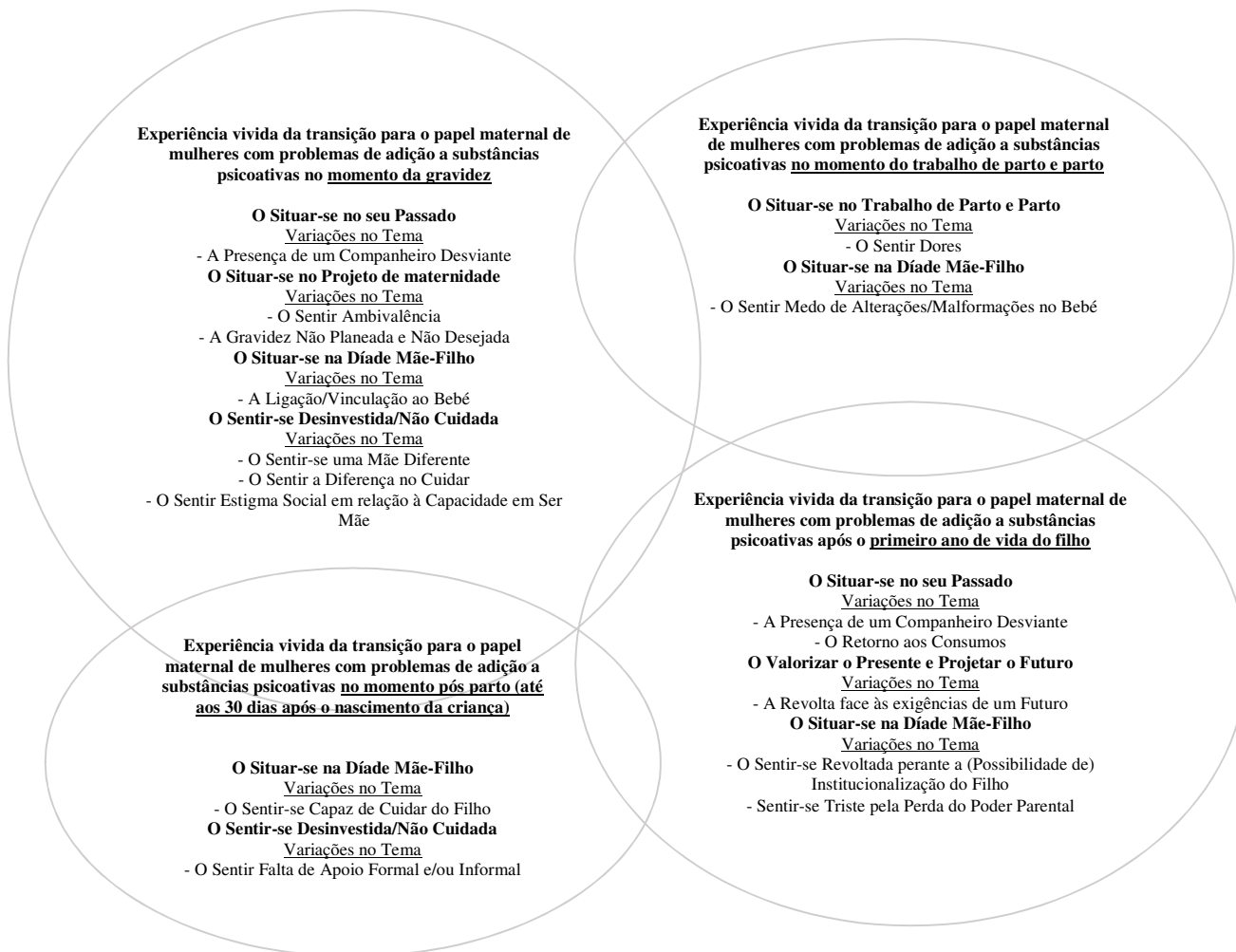
Se com o passar do tempo **A Ligação/Vinculação ao Bebê** é estabelecida, “*Gostava de ir às consultas e de ouvir o coração (...).Eu até gostei de ter estado grávida, dava festas à barriga e falava com ele.*”, Inês refere **Sentir-se uma Mãe Diferente**, “*(...) embora sentisse sempre que era uma mãe diferente. Era uma mãe diferente das outras.*”, **Sentir a Diferença no Cuidar**, “*Lá no hospital não me faziam grande coisa, viam-me faziam a eco e pronto.*”, e **O Sentir Estigma Social em relação à Capacidade em Ser Mãe**, “*(...) como era toxicod dependente era um bocado olhada de lado e parece que já sabiam que não ia ser capaz, que não me ia levantar. Acho que logo nas primeiras consultas me perguntaram se era para dar para adoção, eu disse que não (...).*”.

Voltando-nos para a experiência vivida da transição para o papel maternal face ao momento do trabalho de parto e parto, Inês recorda **O Sentir Dores**, “*As dores eram muito fortes e o bebé começou a entrar o sofrimento.*” e **O Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “*Estava nervosa e também estava preocupada com o bebé, porque acho que qualquer mãe se preocupa com os seus filhos. (...) Preocupava-me se nascia bem ou não, isso preocupa sempre uma mãe!*”

Face ao momento pós parto e primeiros 30 dias após o nascimento da criança, Inês aborda **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “*Ensinarão-me algumas coisas e outras coisas vi-a as outras mães a fazer e eu repetia. Quer dizer, eu não sabia fazer nada, tive de aprender a fazer tudo!*”, salvaguardando **O Sentir Falta de Apoio Formal e Informal**, “*As outras faziam aquilo tudo tão rápido e eu ali às voltas, às voltas. Isso foi difícil. Eu gostava de fazer, mas precisava de mais tempo. (...) tivemos muitas dificuldades, porque estávamos sozinhos, sem ajudas. Ele trabalhava e quando saía eu ficava em casa sozinha com ela e às vezes sentia-me perdida, sozinha. Chorei algumas vezes, porque ela chorava e eu andava ali feita barata tonta sem*

saber o que fazer. Ia ao centro de saúde e assim, mas diziam-me tanta coisa, tanta coisa, que eu chegava ao fim já nem sabia o princípio.”.

Recuando no tempo e tentando situar-se no primeiro ano de vida do filho, Inês volta a focar **A Presença de um Companheiro Desviante** na sua vida, “Eu fiquei sozinha, o meu companheiro começou a levar cocaína e heroína lá para casa, a consumir lá e eu também consumi.”. Emergindo **O Sentir-se Revoltada perante a (Possibilidade de) Institucionalização do Filho**, “Vou com o meu pai ver a bebé, podemos dar um passeio com ela mas depois ao final do dia tenho de a entregar.”, Inês narra-nos **O Sentir-se Triste pela Perda do Poder Parental**, “Ativaram a CPCJ e ela foi lá a casa e levaram a bebé para uma instituição. (...) Depois aqui no CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) têm tentado que eu me levante, mas eu sou-lhe sincera não tenho razão de viver, ando aqui, deixo-me andar [chora]. (...) Não tenho nada na minha vida, nem sei bem quem sou! Era a mãe da J. (refere o nome da bebé), agora não sou nada! [chora].”, o que segundo a participante adjuvou **O Retorno aos Consumos**, “A minha filha esteve comigo até há pouco tempo, mas levaram-me porque eu tive consumos e o meu companheiro também. (...) Depois no CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) fizeram-me os testes e deu positivo. (...) Depois ele roubou umas coisas por causa de ter dinheiro para comprar as drogas e foi preso. Como fiquei sozinha, ainda comecei a consumir mais e mais para esquecer e para que os dias passassem rápido.” **A Revolta face às exigências de um Futuro** é presente na narrativa de Inês, “Não tenho trabalho e preciso de trabalhar.”.



Esquema 12 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Inês (N11)

Paula (N12)

Há cerca de vinte anos atrás Paula teve o seu primeiro filho de uma anterior relação. Já em processo de recuperação da sua adição, Paula encontrou o seu atual companheiro de quem teve um filho com cerca de um ano de idade.

Face ao momento da gravidez, Paula remete-nos para uma **A Gravidez Planeada e Desejada**, “Este filho foi muito planeado e desejado (...)”, em que a mesma constitui **A Oportunidade de Mudança**, “Quando penso na minha gravidez, penso e lembro-me só de coisas boas, de afeto, de amor e da possibilidade que tive em mudar a minha vida junto de uma pessoa que me queria bem.”. Com um forte **Ligação/Vinculação ao Bebê**, “Eu estava muito ligada a este bebé tal como o meu marido e ainda hoje continuamos. (...) Eu na gravidez e o meu marido falávamos muito para ele, dávamos festas à barriga, tudo o que víamos era para o menino.”, Paula refere-nos **O Sentir Felicidade** “Foi uma gravidez cinco estrelas e de sonho, não teve nada a ver com a minha anterior. (...) Pronto foi assim, foi uma gravidez muito feliz!” e **O Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, “Lembro-me de na altura em Coimbra a equipa de doutores ser fantástica, tratavam-me muito bem e gostei muito.”.

O Surgimento de um Companheiro Terapêutico, “(...) conheci o meu atual companheiro que não tinha filhos e com o passar do tempo decidimos ter um filho. Ele ficou radiante e foi tudo muito bom! (...) Ele acompanhou-me sempre e ajudou-me muito. (...) Derivado ao mundo das drogas e isso assim, ele ajudou-me bastante.”, permitiu a Paula **Modificar a História de Consumos**, “Eu nessa altura já fazia metadona e nunca deixei (...)”.

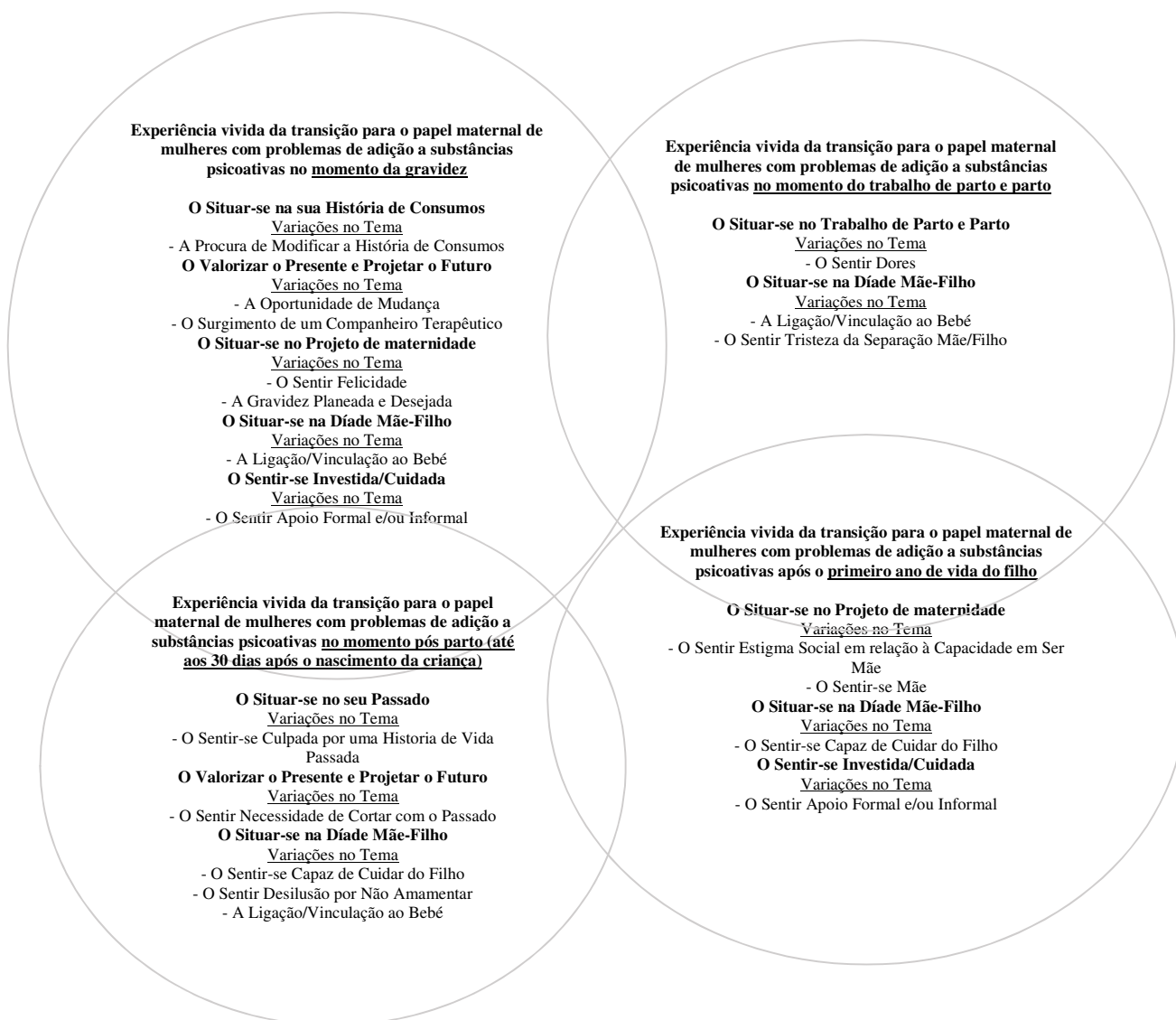
Focando-nos na experiência vivida da transição para o papel maternal face ao momento do trabalho de parto e parto de Paula, emerge da sua narrativa **O Sentir Dores** associadas ao trabalho de parto, “Onze horas ali e amargá-las.”, a **Ligação/Vinculação ao Bebê**, “O meu desejo era que o bebé viesse para fora com toda a saúde do mundo e foi exatamente isso que aconteceu.” e **O Sentir Tristeza da Separação Mãe/Filho**, “(...) o bebé quando nasceu vinha bem, mas por causa de eu ter feito sempre a metadona, o bebé ia ressacar e por isso internaram-no na unidade de cuidados intensivos lá do hospital.”.

Recuando ao momento pós parto (até aos primeiros 30 dias após o nascimento da criança) Paula enfatiza mais uma vez na sua narrativa **A Ligação/Vinculação ao Bebê**, “Ele foi internado e eu ficava lá de dia e de noite.”, exprimindo **Sentir-se Culpada por uma História de Vida Passada**, “O bebé nasceu bem, mas teve um mês e quatro dias internado na unidade por causa da metadona. (...) Infelizmente por minha causa e por minha culpa o nosso filho teve de ficar internado naquele primeiro mês. (...) Muitas vezes chorei porque me sentia culpada e triste, porque afinal de contas a culpa era minha, mas pronto, o que é que eu havia de fazer,

era a minha história de vida.”, o que determina uma **Necessidade de Cortar com o Passado**, “Já não podia corrigir o passado, só o futuro!”. Evidenciando **Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Era eu e o pai que cuidávamos dele! Fazíamos-lhe tudo, trocávamos a fralda, dávamos o leite, fazíamos tudo, tudo, dávamos o banhinho, era tudo!”, Paula sente **Desilusão por Não Amamentar**, “Eu não pude amamentar com muita pena minha, mas por causa de eu estar a fazer a metadona, eles (os profissionais de saúde) não me deixaram.”.

Levando Paula a situar-se no primeiro ano de vida do filho, emerge do seu discurso **O Sentir-se Mãe**, “Eu adoro dizer que sou mãe e sinto-me muito feliz no papel de mãe! Adorei e adoro ficar com ele, fazer as coisinhas para ele, olhe dedicar-me a ele, é a minha luz!” e **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Nós cuidamos do nosso filho com muito amor e carinho e hoje eu sinto-me mais mãe, mais capaz! (...) Durante este ano que passou, adorava passear com ele no carrinho de bebé, andar com ele na rua. Adorei aquelas fases todas de dar a comida, das papas, das sopas, foi muito bom!”.

Embora Paula sinta **Apoio Formal e/ou Informal**, “O menino tem sido seguido no hospital e até fazer os dois anos vai de três em três meses ao hospital por causa de todo o historial. Os médicos dizem sempre “Ai que menino tão lindo e tão simpático!”, da narrativa de Paula denota-se ainda **O Sentir Estigma Social em Relação à Capacidade em Ser Mãe**, “Eu acho que as pessoas até têm inveja da minha vida, veja lá! Inveja de mim, como é que é possível? Mas é!”.



Esquema 13 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Paula (N12)

Carlota (N13)

De uma atual relação, Carlota tem um filho com cerca de dois anos de idade. Quer Carlota, quer o seu atual companheiro encontram-se ao abrigo do programa de substituição de narcóticos com metadona. De uma relação passada Carlota teve um filho que no momento da realização da entrevista tinha seis anos de idade. Carlota vive com os filhos e com o seu atual companheiro, contando ainda com o apoio da sua sogra.

Do momento da gravidez, Carlota fala-nos da **Gravidez Planeada e Desejada**, *“Este filho foi muito desejado, muito planeado e isso fez com que corresse tudo bem. (...) a gravidez deste mais novo foi muito vivida, muito desejada.”*, da forte **Ligação/Vinculação ao Bebê**, *“(…) falava muito com o meu filho na barriga (...)”*, e do **Sentir Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, *“Só por volta das trinta semanas é que quando me fizeram a ecografia ele tinha uma perninha encolhida e então pensaram que ele tinha um fémur maior que o outro e então mandaram-me ao hospital de Leiria, mas depois lá viram que não era nada e pronto, fiquei descansada porque estava tudo bem. Nesse momento é que me assustei bastante, tanto eu como o meu marido, ficámos muito aflitos e preocupados! (...) claro que me angustiava muito o facto de ele nascer com a dependência e de ele ter de ficar internado e isso preocupava-me muito.”*.

Se do passado faz parte um **Ambiente Familiar Instável**, *“Tive uma vida difícil no passado e os meus pais eram muito ausentes e por isso e também associado ao grupo de amigos, experimentei drogas e depois vieram todos os problemas.”*, sentindo-se **Culpada por uma História de Vida Passada**, *“Eu sabia que o meu filho ia ter sintomas da abstinência e depois de consumir sentia-me muito culpada por isso, pelo mal que lhe estava a fazer ainda dentro da minha barriga, mas era mais forte do que eu!”*, **A Procura de Modificar a História de Consumos**, *“Eu tentei deixar de consumir, sou-lhe franca, mas consumi, tentava consumir o mínimo, mas quando já não aguentava mais, consumia!”* e o **Sentir Apoio Formal e/ou Informal**, *“Durante a gravidez eu fui sempre vigiada aqui no centro de saúde (...).la fazer a metadona ao CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) e depois quando eles marcavam ia às consultas ao centro de saúde e acho que foi bom. Já me conheciam, sabiam do meu passado.”*, permitiu a Carlota vivenciar a gravidez de forma positiva embora o seu passado fosse sempre muito presente, referindo-nos **O Sentir Estigma Social em relação à Capacidade em Ser Mãe**, *“Claro que o passado e a nossa história de vida nunca nos larga e há sempre aquele estigma em relação a nós toxicodependentes (...).No início os seus colegas (profissionais de saúde) olhavam para mim de lado (...)”*.

Do trabalho de parto e parto, Carlota recorda **O Sentir Dores**, “*Isso é que foi terrível, muitas dores, muitas dores!*”, enfatizando **O Sentir-se Igual a outras Mães**, “*Trataram-me sempre bem e eu senti-me muito bem!*” e **O Sentir Felicidade**, “*(...) é um momento que recordo com muita alegria e felicidade porque era o momento que eu ia conhecer o meu filho e isso era o mais importante!*”.

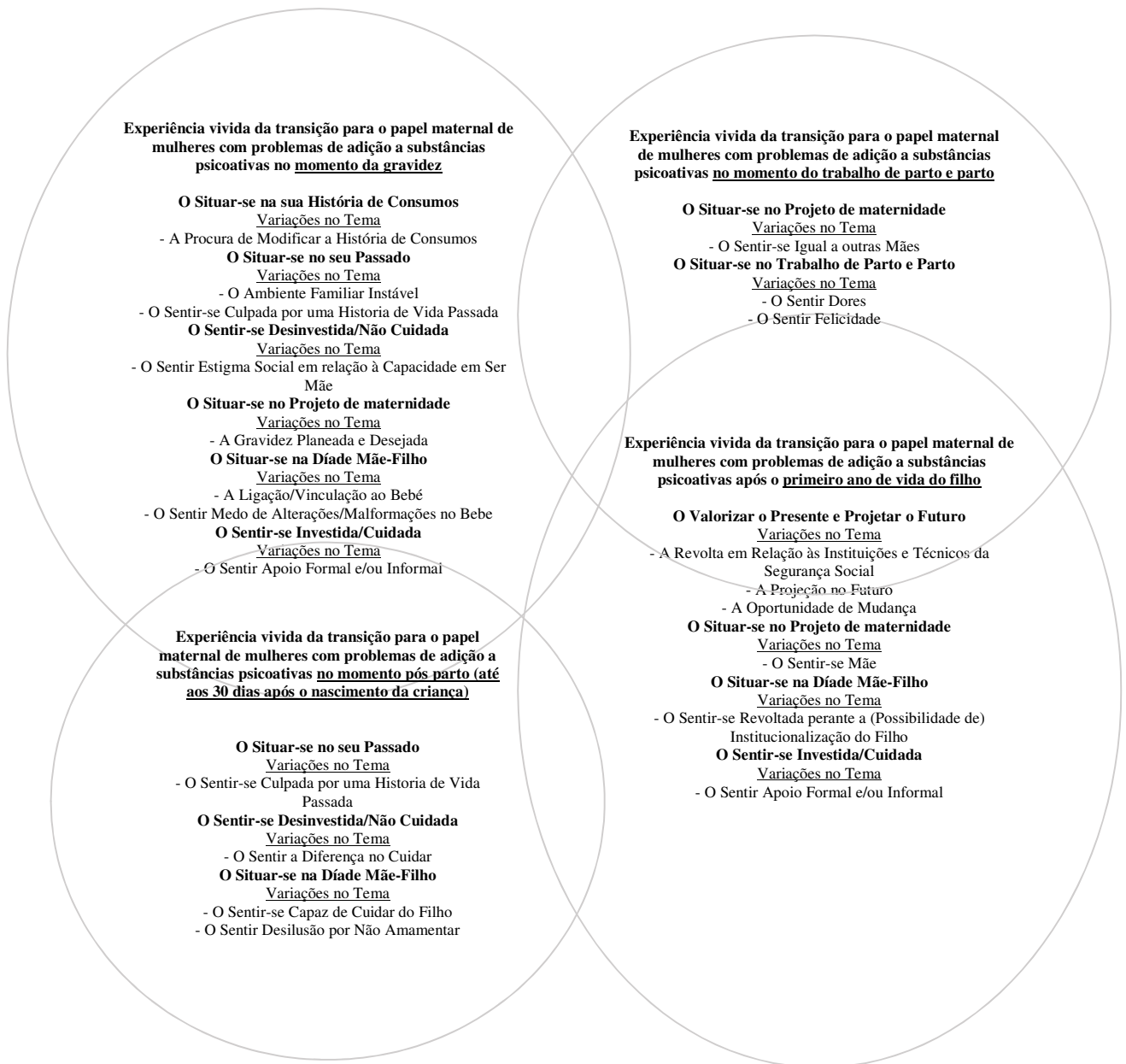
Face ao momento pós parto, Carlota narra-nos **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “*O menino ficou lá aqueles dias internado e eu estava lá sempre e cuidava dele. (...) Eu é que tratava do menino, eu é que lhe dava sempre o leite, mudava as fraldas, dava-lhe o banho, tudo, elas (as enfermeiras) só lhe davam a medicação.*”, em que **O Sentir-se Culpada por uma Historia de Vida Passada** volta a ser muito presente, “*Nesta fase eu fui-me um bocado abaixo, ainda por cima era Natal e Ano Novo e eu andei a chorar todos os dias, sentia-me mesmo em baixo e deprimida [as lágrimas vêm-lhe aos olhos]. (...) Uma pessoa vê-os a sofrer e isso mexe connosco! (...) Seja toxicodependente ou não, nós somos pessoas e isso mexe connosco e eu sabia que ele estava ali por minha culpa! A culpa era minha de ele estar naquelas circunstâncias!*”.

Referindo-nos **Sentir Desilusão por Não Amamentar**, “*Outra coisa que me marcou e que me lembro, é que eu comecei a amamentar naquele dia e meio que ele ficou comigo na enfermaria e depois quando ele foi para a unidade tive de deixar e isso também é terrível. (...) Há outros hospitais que deixam amamentar e ali deixaram e depois tiraram e isso não foi bom para mim, nem foi bom para o bebé. Tive de secar o leite e dar-lhe o leite em pó.*”, Carlota aborda **O Sentir a Diferença no Cuidar**, “*Também me recordo que havia lá uma enfermeira mais nova que me criticava bastante. O menino nasceu com uma manchinha que parecia uma verrugazinha e os médicos disseram que era um fungo e essa enfermeira disse-me uma coisa nessa altura, que eu nunca mais esqueço, que foi “ah, isto só se pode apanhar ou por relações sexuais ou por se injetar”, ora eu relações sexuais só tive com o meu marido e nunca me injetei. (...) Falava alto para as outras mães ouvirem, punha-se “só pode ser, o menino tem isto porque se injeta!”. Foi a única que fez isto, mas eu detestava e até ficava nervosa quando ela estava de serviço! (...) Às outras mães ela tratava normalmente, mas a mim e à outra moça ela ainda fazia pior, via-se mesmo que ela nos tinha raiva, não gostava de nós.*”.

Recuando no tempo e tentando situar-se no primeiro ano de vida do filho, Carlota recorda **O Sentir-se Revoltada perante a (Possibilidade de) Institucionalização do Filho**, “*Eu tinha pânico de me tirarem os meus filhos! Aquilo fazia-me uma confusão!*” e **A Revolta em Relação às Instituições e Técnicos da Segurança Social**, “*(...) todas as semanas vinha cá uma técnica, era todas as quarta feiras! Vinha, sentava-se no sofá, estava aqui meia hora sem falar nada e ia-se embora, foi assim! Aquilo enerva-me mesmo, porque ela não fazia nada, não*

ensinava nada, entrava, sentava-se e pronto, era aquilo! Eu já andava tão saturada daquilo, que desabafa com a minha mãe e então ela decidiu pedir a responsabilidade do menino para ela e assim fizemos. (...) Nunca vêm para ajudar é só para destabilizar e meter-nos medo!”.

Sentindo-se Mãe, *“É muito difícil, duro mesmo, mas acho que sentirmo-nos mães e gostarmos de sermos mães ajuda um bocado, porque temos uma razão, um motivo para irmos em frente, para além de nós mesmos. Eu não me via sem os meus filhos!”*, e contando com **Apoio Formal e/ou Informal**, *“A minha mãe nesta fase da minha vida sempre me apoiou muito, ajudou-me com os meus filhos. Ela vinha aqui a casa, perguntava se eu precisava de ajuda a dar o banho ou na comida. Vinha aqui e ainda vem, três a quatro vezes por dia. Nisto tudo, foi muito importante para mim ter a minha mãe e ter o meu companheiro.”*, Carlota procura **A Projeção no Futuro**, *“Passado uns dias do menino já estar em casa, eu e o meu marido assumimos que queríamos mesmo mudar de vida e parar de consumir totalmente. Fomos a uma consultas no CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) e desde esse dia, até hoje, nunca mais consumimos!”*, vislumbrando o mesmo como **A Oportunidade de Mudança**, *“Passado uns meses eu fiquei com a responsabilidade total do menino, porque não houve problema nenhum, cuidámos bem dele e nunca mais consumimos. (...) Eu consegui estabilizar a vida e organizar-me.”*.



Esquema 14 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Carlota (N13)

Aurora (N14)

Aurora tem dois filhos, um com vinte anos e o mais novo com dois anos de idade, fruto da relação que mantém com o seu atual companheiro, também ele ao abrigo do programa de substituição de narcóticos com metadona. O filho mais velho, fruto de uma relação anterior, já se encontra fora do agregado familiar, embora mantenha uma relação de grande proximidade com a figura materna. Aurora conta ainda com uma relação de grande afeto com a progenitora do seu atual companheiro.

Da experiência vivida da transição para o papel maternal no momento da gravidez, Aurora conta-nos como deu conta de uma **Gravidez Não Planeada e Não Desejada**, *“Eu só descobri que estava grávida aos quatro meses, porque tinha períodos muito irregulares, estava dois e três meses sem menstruação e por isso foi uma surpresa quando descobri que estava grávida. Sinceramente já não me imaginava como mãe. (...) Foi um choque! Eu já não queria.”*, e o sentimento de **Ambivalência** que a mesma originou, *“Foi difícil de aceitar ao princípio mas depois comecei-me a habituar e comecei a viver mais a gravidez. (...) Depois daqueles momentos mais iniciais e os primeiros meses de gravidez em que me sentia meio perdida, comecei a ficar mais feliz e a viver a gravidez de uma outra forma. (...) Parece que no início senti uma grande tempestade dentro de mim e fiquei ali uns dias ou um mês que quase não falava com ninguém, mas depois com o passar do tempo fui vendo as coisas com outros olhos.”*, no entanto, o facto de ter presente na sua vida **um Companheiro Terapêutico**, *“Tive o apoio do meu companheiro, o que da outra vez não aconteceu e o meu filho também me apoiava e isso ajuda-nos muito.”*, permitiu a Aurora uma forte **Ligação/Vinculação ao Bebê**, *“Com o passar do tempo e quando o comecei a senti-lo dentro de mim, comecei a vivenciar aquela gravidez de forma diferente, comecei a gostar de estar grávida e a amar o meu filho (...).”*, recordando **a Alienação vivida perante uma Gravidez Anterior Inesperada**, *“Com o meu outro filho tive uma vida complicada, andava mesmo nas drogas e isso marcou-me muito e por isso, esse passado atormentava-me e parece que não me deixava andar para a frente e quando eu descobri que estava grávida eu revivi tudo isso.”*, e o sentimento de **Culpa por um Passado**, *“Na gravidez do meu filho mais novo, efetivamente esse passado aflorou os meus pensamentos e inquietava, eu acordava a sonhar com isso e fazia com que tivesse medo, só passado algum tempo é que serenou.”* .

Com o **Apoio Formal e/ou Informal**, *“O meu marido também me começou a dar força e ânimo e a dizer-me “tudo se cria!”. O meu filho mais velho também ficou muito contente (...). Se tivermos uma rede de apoio e ajuda, somos mais capazes. Durante a minha gravidez como estive sempre a fazer a metadona, também tive a ajuda do CAT (Centro de Atendimento a*

Toxicodependentes) que me davam ajuda e ânimo. Fizeram-me acreditar que eu ia ser capaz.”, Aurora recorda a gravidez com **Felicidade**, “Já lá para os sete meses eu mostrava a minha barriga a toda a gente, sentia-me feliz (...).”

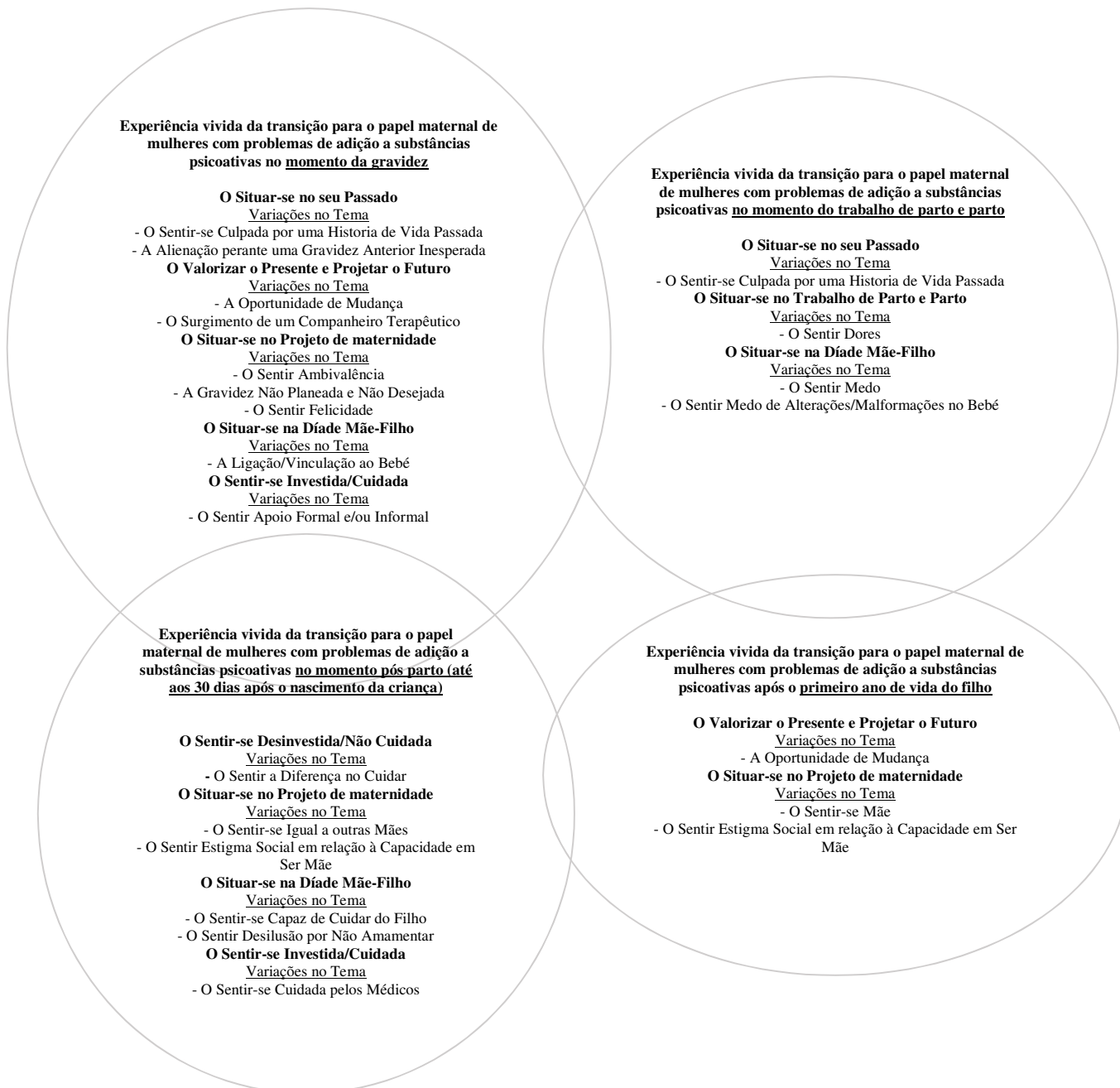
Face à experiência vivida da transição para o papel maternal face ao momento do trabalho de parto e parto, Aurora aborda **O Sentir Dores**, “Olhe, em meia hora comecei a ter contrações e depois a dilatação e isso sim foi horrível (...).”, e o **Sentir Medo**, “Apesar de eu já saber que o meu filho ia nascer com os sintomas de abstinência eu estava muito preocupada, muito ansiosa e com muito medo.”, **Medo de Alterações/Malformações no Bebê**, “Eu vi o meu filho nascer, lembro-me de ver que ele estava bem porque isso preocupava-me (...).”, em que a **Culpa por um Passado**, parece estar presente, “Aliás, eu tremia de nervos porque eu já sabia o que aí vinha, mas não sabia a gravidade de como o meu filho viria e isso é muito angustiante. Acho que todas as mães estão preocupadas de como o seu filho vai nascer, mas eu ainda estava pior, porque sabia que por causa da metadona o meu filho não vinha bem. É muito, muito doloroso! [chora].”.

Retornando ao momento pós parto, Aurora remete-nos para **O Sentir-se Capaz de Cuidar do Filho**, “Quando eu já me conseguia mexer, eu tive alta e durante o dia ficava sempre lá na unidade a cuidar dele, à noite ficava lá num quarto e elas (as enfermeiras) até me chamavam de noite para lhe ir dar o leiteinho. (...) Cuidei sempre dele (...).(...) eu tratava dele e como já tinha tido outro filho não tinha grandes dificuldades.” e para **O Sentir-se Igual a Outras Mães**, “Apesar de eu ser tocodependente, nunca faltou nada aos meus filhos porque a minha família sempre me ajudou e o meu filho tinha o enxoval todo e com roupas muito bonitas.”, expressando **Desilusão por Não Amamentar**, “Não amamenteei porque não me deixaram por causa da metadona.”.

Enunciando **O Sentir Estigma Social em relação à Capacidade em Ser Mãe**, “Uma coisa que me marcou, foi que quando eu tive o meu filho eu era a tocodependente e a outra senhora que estava lá também a ter o bebé, não era. (...)! É como lhe digo, fazem muita distinção!”, e o **Sentir a Diferença no Cuidar**, “Não sei porque, uma enfermeira entendeu que aquela roupa que eu levava para o meu filho era boa de mais e como estava a nascer outro, não sei como é que elas fizeram que vestiram a roupa que eu tinha levado, ao outro bebé, porque entendeu que aquela roupa era boa de mais para mim. (...) Ela ficou calada e foram tirar a roupa ao outro bebé e vestiram diretamente no meu, sem lavar, sem nada. (...) algumas enfermeiras ajudavam, mas não eram todas! Temos de ser realistas, não foram todas que foram minhas amigas e me ajudaram [chora]. Notava-se a diferença sabe, a gente sente sabe, a maneira de falarem para nós e a maneira de falarem para as outras é diferente, nota-se a diferença. Por incrível que pareça, as mais velhas (enfermeiras) são as piores. (...) da

*enfermagem não recordo coisas muito boas. Havia uma ou duas espetaculares, porque não há regra sem exceção e quando elas estavam de serviço eu ficava toda contente, mas agora havia outras que faziam mesmo distinção.”, Aurora refere **Sentir-se Cuidada pelos Médicos**, “Os médicos não, nunca tive razão de queixa, sempre me trataram muito bem e até me recordo de bons momentos porque quando iam ver o meu filho estavam sempre a brincar e tranquilizavam-me sempre (...).”.*

Face ao primeiro ano de vida do filho, Aurora embora verbalize **O Sentir-se Mãe**, “*Eu dediquei-me muito a ele. Eu fui mãe! Nunca tive problema nenhum, sempre viram que eu era boa mãe (...). Eu adorei e adoro ser mãe deste filho (...). Eu não admito a ninguém que me diga que é melhor mãe que eu! Pode ser igual, mas melhor que eu, não! [chora]*”, leva-nos também ao **Estigma Social sentido em Relação à Capacidade em Ser Mãe**, “*Olhe, há mães que não são toxicodependentes que tratam mal os filhos e outras que são e que estão a fazer a metadona e que são mães espetaculares.*”, tendo constituído o nascimento do seu filho **A Oportunidade de Mudança**, “*(...) consegui dar a volta à minha vida e sinto-me muito realizada.*”.



Esquema 15 – Representação esquemática dos temas essenciais da narrativa da participante Aurora (N14)

3.3 Das Narrativas ao Sentido do Ser...Síntese

Partindo de cada uma das narrativas apresentadas anteriormente, voltámos ao encontro da singularidade e do vivido de cada participante procurando fazer uma breve síntese das mesmas.

Num pequeno sofá, onde as molas eram frágeis e o tecido estava esgaçado, fizemos uma viagem ao momento de gravidez de **Dora (N1)**, onde esta procurou situar-se no passado, aludindo ao ambiente familiar instável em que sempre viveu e à existência de um companheiro desviante. Se a gravidez permitiu a Dora transcender-se a si mesma, *marcada pelo conjunto de possibilidades de vir a ser*, em que se permite vislumbrar a valorização do presente e procurar a projeção no futuro, Dora sente ambivalência face ao seu projeto de maternidade, situando-se também na relação gravídica com o seu bebé, assombrada pelo medo de alterações e possíveis malformações que o consumo de drogas pudessem determinar. Situando-se no momento do trabalho de parto e parto, Dora valoriza o momento presente, buscando um novo sentido para a sua vida. Se o projeto de maternidade era presente para esta mulher, sentindo-se intencionalmente capaz de cuidar do seu filho por quem expressa amor, Dora alude ao sentir-se não cuidada por alguns profissionais de saúde, contrapondo com as (os) enfermeiras (os) que cuidam. Referente ao momento pós parto e primeiro ano de vida do filho, Dora volta novamente a situar-se no seu passado, referenciando sentir-se culpada pelo caminho da sua história vivida, e pela presença de um companheiro desviante, procurando mais uma vez valorizar o presente e projetar o seu futuro, quer pela necessidade de cortar com o seu passado, quer pela manifestação de alguma revolta face às exigências que um futuro enquanto mãe determinam, quer em relação às instituições e técnicos de segurança social. Face ao seu projeto de maternidade, Dora remete-nos para um filho que não foi planeado mas que a enche de orgulho, permitindo-lhe sentir-se mãe e sentir-se capaz de cuidar do filho, manifestando, neste âmbito, sentir-se vigiada por outros, sentir desilusão por não amamentar e revolta perante a (possibilidade de) institucionalização do filho.

Seguindo a nossa viagem, encontrámo-nos com **Ana (N2)**, numa casa onde volta e meia um gato ou o seu companheiro interrompiam uma narrativa 'com' e de emoções. Situando-se na sua história de consumos e num passado do qual se sente culpada, pintado de aguarelas a preto e branco, de um ambiente familiar instável e pela presença de um companheiro desviante, Ana recorda do momento da sua gravidez, o procurar valorizar o presente e projetar-se num futuro *de possibilidades*, pela oportunidade de mudança e pelo surgimento de

um companheiro terapêutico, que lhe permitiram centrar-se no seu projeto intencional da maternidade e na díade mãe-filho. Do trabalho de parto e parto, Ana volta a recentrar-se na sua história de consumos, referenciando-nos o medo do estigma associado ao ser mãe toxicodependente, sentindo diferença no cuidar por alguns profissionais de saúde, mas valorizando os que dela cuidaram. Buscando o sentido positivo para a vida, projetando-se num futuro *através de uma nova maneira de ser e de se expressar*, Ana situa-se na relação mãe-filho expressando amor, vinculação ao seu filho e capacidade de cuidar deste. Do momento pós parto, Ana aborda o sentir-se desinvestida/não cuidada por falta de apoio formal e/ou informal, situando-se no projeto de maternidade pelo sentir orgulho em ser mãe, referenciando o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe, e na díade mãe-filho pela capacidade de cuidar do mesmo e da importância atribuída à amamentação. Face ao primeiro ano de vida do filho, Ana volta a situar-se no seu passado, enfatizando a presença de um companheiro desviante, voltando a valorizar o presente e a projetar-se num futuro face ao seu projeto de maternidade, onde apesar de sentir estigma social e de sentir vigiada por outros, no que concerne à díade mãe-filho, ser mãe é para si um motivo de orgulho.

Numa sala só aberta para festas familiares tal como o Natal e a Páscoa, sentei-me confortavelmente com **Maria (N3)**, *ser em projeto e com possibilidades* onde a gravidez, se por um lado a fez situar-se na sua história de consumos de um passado marcado pela presença de um companheiro desviante, a mesma, permitiu valorizar o presente e projetar-se no futuro, onde o projeto de maternidade foi sentido com alguma ambivalência, onde a díade mãe-filho é marcada pela ligação/vinculação ao bebé e pelo medo de alterações/malformação no mesmo. O trabalho de parto e parto é associado ao sentir dores, embora realçado pelo situar-se na díade mãe-filho onde é presente a revolta, o sentir medo de alterações/malformações no bebé, o sentir a ausência do contacto imediato com o recém-nascido (pele a pele) e o sentir tristeza da separação mãe/filho. Do pós parto, Maria retorna ao seu passado, realçando o sentir-se desinvestida/não cuidada por falta de apoio formal e/ou informal, mas fazendo notar as (os) enfermeiras (os) que cuidam. Situando-se no seu projeto de maternidade, onde enfatiza o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe, da díade mãe-filho aborda o sentir-se mãe, o sentir-se capaz de cuidar do filho e a ligação/vinculação ao bebé. Em relação ao primeiro ano de vida do seu filho, Maria volta a valorizar o presente, a projetar o futuro, situando-se mais uma vez no seu projeto de maternidade, valorizando-se como uma mãe com orgulho, salientando o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe. Face ao primeiro ano de vida do seu filho, Maria valoriza o presente e projeta o futuro face ao projeto de maternidade, situando-se na díade mãe-filho, no sentir-se capaz de cuidar do filho,

no sentir-se revoltada perante a (possibilidade de) institucionalização do filho e no sentir-se vigiada por outros.

Ser-no-mundo e ser-com-outro, Irene (N4), a moça pequenina e de ar franzino que vivia num edifício velho, onde as escadas eram de madeira e rangiam quando subíamos, regressou ao momento da sua gravidez, situando-se imediatamente na sua história de consumos e no seu passado, do qual fez parte um companheiro desviante. Vislumbrando a gravidez como a oportunidade de mudança, Irene situa-se no projeto de uma maternidade não desejada, nem planeada, onde o sentimento de ambivalência, de felicidade e de igualdade em relação a outras mães é presente, erigindo-se em simultâneo na díade mãe-filho. Apesar do momento do trabalho de parto e parto ser de felicidade para esta mulher, a mesma volta a enunciar o sentir-se desinvestida/não cuidada pelo sentir-se humilhada e pela diferença sentida no cuidar, ressaltando, no entanto, as(os) enfermeiras(os) que cuidam. Do projeto de maternidade, Irene referencia-nos o sentir-se sozinha, o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe e a revolta em relação às instituições e técnicos de segurança social, situando-se na díade mãe-filho com muito amor pelo seu bebé e com o sentimento de capacidade de cuidar do filho, embora expressando medo, medo de alterações/malformações no bebé, tristeza da separação mãe/filho e revolta perante a (possibilidade de) institucionalização do filho. Do momento pós parto, Irene situa-se no seu passado, culpando-se por ter traçado a sua própria história. Procurando valorizar o presente e projetar o futuro, sentindo-se em alguns momentos desinvestida e em outros cuidada, Irene edifica-se no seu projeto de maternidade referenciando o sentir orgulho, apesar do sentimento de estigma social em relação à capacidade em ser mãe. Face à díade mãe-filho, Irene referencia-nos o sentir-se mãe, o sentir-se capaz de cuidar do filho, a ligação/vinculação ao bebé e o sentir-se revoltada perante a (possibilidade de) institucionalização do filho. Retornando ao primeiro ao de vida do seu filho, Irene volta a valorizar o presente e a projetar o futuro que vislumbra com alguma revolta, procurando modificar o padrão de relação com familiares e/ou amigos. Situando-se mais uma vez no projeto de maternidade e na díade mãe-filho, Irene enfatiza o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe, o sentir-se mãe, o sentir-se capaz de cuidar do filho e o sentir-se protegida face à institucionalização de mãe e filho, valorizando o sentir-se desinvestida/não cuidada por falta de apoio formal e/ou informal perante a possibilidade de ser uma 'boa' mãe.

Para *Raquel (N5)*, ser mãe foi a melhor coisa que lhe aconteceu. Se na viagem ao momento da gravidez, Raquel situa-se no seu passado recordando a presença de um companheiro desviante, a mesma se situa no projeto de maternidade de uma gravidez não planeada e não desejada, ora com ambivalência, ora com felicidade, referenciando face à

díade mãe-filho, a ligação/vinculação ao seu bebé e o sentir medo de alterações/malformações no mesmo. Da gravidez, Raquel expressa ainda o sentir-se investida/cuidada. Recordando o momento de trabalho de parto e parto como feliz, onde se sentiu investida/cuidada, Raquel volta a situar-se na díade mãe-filho referenciando o sentir amor, a ligação/vinculação já estabelecida ao seu filho e o medo de alterações/malformações no bebé. Face ao pós parto, Raquel sente necessidade de cortar com o passado, procurando valorizar o presente e projetar o futuro, constituindo o momento uma oportunidade de mudança, expressando orgulho quando se situa no projeto de maternidade, em que embora se sentisse vigiada por outros face à díade mãe-filho, Raquel expressa sentir-se capaz de cuidar do filho, salientando a importância da amamentação e a ligação/vinculação ao seu bebé. Do primeiro ano de vida do filho, Raquel volta a valorizar o presente e a projetar o futuro, onde se situa no projeto de maternidade com orgulho, dando este projeto mais *significado à sua existência individual, inserida no mundo e em coletividade*, exprimindo, face à díade mãe-filho, o sentir-se capaz de cuidar do filho.

Na procura de situar **Sandra (N6)** em quatro momentos chave de *uma situação do mundo em particular*, a participante recorda a sua gravidez situando-se logo à partida na sua história de consumos e no seu passado, vislumbrando a mesma como a oportunidade de valorizar o presente e projetar o futuro, situando no projeto de uma maternidade não planeada e não desejada a busca de sentido para a vida e a oportunidade de mudança. Sentindo-se investida e cuidada, Sandra situa-se na díade mãe-filho com ligação/vinculação ao seu bebé e medo de possíveis alterações/malformações no mesmo pelo consumo de drogas. Já do momento do trabalho de parto e parto, Sandra recorda as dores sentidas durante o trabalho de parto, tal como o sentir-se desinvestida/não cuidada, emergindo da díade mãe-filho a ligação/vinculação ao bebé e o sentir medo de alterações/malformações neste. Do momento pós parto, Sandra retorna novamente ao seu passado, valorizando o momento presente e projetando o futuro, em que face ao projeto de maternidade se sente igual a outras mães, em que ao situar-se na díade mãe-filho se sente como mãe e capaz de cuidar do filho, expressando sentir-se investida/cuidada pelo apoio formal e/ou informal percebido. No que concerne ao primeiro ano de vida do filho, Sandra evoca as agruras de um passado pela presença de um companheiro desviante, valorizando o presente e projetando o futuro pela busca de sentido positivo para a vida. Expressando sentir-se capaz de cuidar do filho, Sandra situa-se no projeto de maternidade como uma mãe orgulhosa.

À janela estava **Patrícia (N7)**, a participante que acenava indicando que a sua casa era ali. Sentadas as duas num sofá, fomos ambas ao passado, onde, retornando ao momento da gravidez, Patrícia, *ser com liberdade na construção do verdadeiro 'eu'*, se situou na sua história

de consumos e do seu passado, do qual fez parte a presença de um companheiro desviante que continua ainda presente na sua vida. Valorizando a gravidez na qual se sentiu investida/cuidada, e procurando através desta projetar o futuro como uma oportunidade de mudança, Patrícia situa-se no seu projeto de maternidade partindo de uma gravidez não planeada e não desejada, em que face à díade mãe-filho, Patrícia expressa a ligação/vinculação ao bebé e o sentir medo de alterações/malformações no bebé. Do trabalho de parto e parto, Patrícia recorda as dores sentidas inerentes ao mesmo, valorizando o momento presente e projetando o futuro, buscando, para tal, o sentido positivo para a vida, para que, situada na díade mãe-filho se sinta capaz de cuidar do filho, do qual nutre uma forte ligação/vinculação e exprime sentir tristeza da separação mãe-filho. Sentindo-se desinvestida/não cuidada, referindo mesmo sentir a diferença no cuidar, Patrícia situa-se no projeto de maternidade com alguma revolta em relação às instituições e técnicos de segurança social. Do momento pós parto, Patrícia volta a valorizar o presente e a projetar o futuro, situando-se no projeto de maternidade com orgulho, exprimindo capacidade de cuidar do filho, salientando o sentir-se investida/cuidada. Indo ao encontro do primeiro ano de vida do filho, Patrícia volta a situar-se no seu passado pela presença de um companheiro desviante, pelo retorno aos consumos e pelo sentir-se culpada por uma história de vida passada. Valorizando o presente e projetando o futuro, Patrícia refere sentir medo de deixar o programa terapêutico e procura modificar o padrão de relação com familiares e/ou amigos. Expressando sentir-se mãe, Patrícia, face à díade mãe-filho, revela o sentir-se capaz de cuidar do filho, sentimento enublado pelo sentir-se vigiada por outros e triste pela perda do poder parental.

Numa bruma acastanhada do pó que se tinha levantado das poltronas onde nos tínhamos sentado, **Nélia (N8)** com a clareza de que a própria (EU) condiciona o pensar e agir, voltou ao momento da gravidez situando-se no seu passado, valorizando o momento presente que vivenciava pela oportunidade de mudança que este pudesse vir a constituir, projetando-se simultaneamente no futuro. Se deste momento recorda o sentir-se desinvestida/não cuidada por um lado, referenciando sentir-se sozinha, por outro, recorda o apoio formal e/ou informal recebido. Nélia situa-se no projeto de maternidade com ambivalência de uma gravidez não planeada, não desejada e não vigiada, sentindo ligação/vinculação ao bebé. Do trabalho de parto e parto, Nélia retorna ao seu passado, culpabilizando-se pelo mesmo, onde mais uma vez, valoriza o presente e projeta-se no futuro. Expressando o sentir-se desinvestida/não cuidada pelo sentir diferença no cuidar, Nélia situa-se no trabalho de parto com o sentimento de felicidade apesar das dores sentidas na altura. Face à díade mãe-filho, evoca o sentir medo, medo de alterações/malformações no bebé e a ausência do contacto imediato com o recém-nascido (contacto pele a pele). Do pós parto, Nélia relembra o sentir-se desinvestida/não

cuidada pela diferença no cuidar, referindo mesmo, o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe, salvaguardando, no entanto, as (os) enfermeiras (os) que cuidam. Sentindo-se capaz de cuidar do filho, Nélia exprime ligação/vinculação ao bebé, embora aluda ao sentir-se revoltada perante a (possibilidade de) institucionalização do filho e ao sentir-se vigiada por outros. Quando levámos a participante a falar-nos da experiência vivida da transição para o papel maternal após o primeiro ano de vida do filho, Nélia volta a situar-se na sua história de vida passada, parecendo esta assombrar o futuro pelo retorno aos consumos e pela revolta face às exigências que esse futuro determina e revolta em relação às instituições e técnicos de segurança social. Situando-se no projeto de maternidade, Nélia valoriza o sentir-se mãe, embora sinta o estigma social em relação à capacidade em ser mãe. No âmbito da díade mãe-filho, a participante exprime o sentir-se capaz de cuidar do filho, o sentir-se revoltada perante a (possibilidade de) institucionalização do filho, o sentir-se vigiada por outros e o sentir-se triste pela perda do poder parental, valorizando ainda o sentir-se investida/cuidada pela presença de apoio formal e/ou informal.

Numa velha poltrona, **Cristina (N9)** desfolhava com toda a calma e serenidade o livro de um pedaço da sua vida em que *o ser se angustia na construção do verdadeiro 'eu'*. Escrito a lápis de carvão, o seu livro abriu-se no momento da sua gravidez, onde no seu passado esteve presente um companheiro desviante. Cristina situou-se no projeto de maternidade com ambivalência, numa gravidez não planeada e não desejada, onde o medo de alterações/malformação no seu bebé e medo de o perder, fizeram parte do cenário em relação à díade mãe-filho, tendo a participante se sentido em alguns momentos do período gravídico desinvestida e não cuidada, alternando com outros em que se sentiu investida e cuidada. Viajámos ao capítulo do livro de Cristina relativo ao trabalho de parto e parto, em que esta o escreve com felicidade, embora, ao situar-se no seu passado a mesma se sinta culpada pela sua história de vida. Situando-se na díade mãe-filho, Cristina esboça o sentir medo de alterações/malformações no bebé e a ligação/vinculação ao mesmo. Retornando ao momento do pós parto, Cristina, ao situar-se na díade mãe-filho, expressa o sentir-se mãe e o sentir-se capaz de cuidar do filho, dando especial importância à amamentação, exprimindo ainda, sentir medo de alterações/malformações no bebé. Ainda neste âmbito, Cristina evoca o sentir-se revoltada perante a (possibilidade de) institucionalização do filho, salvaguardando, no entanto, o sentir-se investida/cuidada quer pelas (os) enfermeiras (os) que cuidam, quer pelo apoio formal e/ou informal recebido. Do primeiro ano de vida do seu filho, Cristina situa-se no seu passado, culpabilizando-se pela sua história de vida e pelo retorno aos consumos, muito associado à presença de um companheiro desviante. Atendendo ao seu passado, Cristina

procura valorizar o presente através da busca de sentido positivo para a vida, projetando-se para um futuro pela procura de modificar o padrão de relação com familiares e/ou amigos.

Depois de ter passado por ruas ornamentadas com bicicletas e triciclos, encontrei **Carla (N10)**, *ser no mundo com experiência vivida que nos permitirá chegar à realidade pré-reflexiva e autobiográfica*, que comigo se voltou para a experiência vivida por si no momento da sua gravidez, situando-se imediatamente no seu passado, rubricado pela presença de um companheiro desviante. Situada no projeto de maternidade com uma gravidez não planeada e não desejada o que a fazia sentir ambivalente, apesar de se ter sentido investida/cuidada por uma rede de apoio formal e/ou informal, Carla procurou valorizar o presente e projetar o futuro pela oportunidade de mudança. Situando-se na díade mãe-filho com uma forte ligação/vinculação ao bebé, Carla enuncia o sentir medo de alterações/malformações no bebé. Face ao momento do trabalho de parto e parto, Carla enfatiza as dores sentidas na altura, voltando a situar-se na díade mãe-filho pelo medo de alterações/malformações no bebé. Do momento pós parto, Carla, ao situar-se no projeto de maternidade, alude ao sentir-se igual a outras mães e ao sentir revolta em relação às instituições e técnicos de segurança social. Voltando a referenciar o sentir-se investida/cuidada pelas (os) enfermeiras (os) que cuidam e pelo sentir apoio formal e/ou informal, Carla volta a situar-se no momento do pós parto na díade mãe-filho dando relevo ao sentir-se capaz de cuidar do filho e à ligação/vinculação estabelecida com este. Narrando a experiência vivida da transição para o papel maternal após o primeiro ano de vida do seu filho, Carla retorna ao passado, culpabilizando-se pelo mesmo, destacando, mais uma vez, a presença de um companheiro desviante. Procurando valorizar o presente e projetar o futuro, Carla refere o sentir medo de deixar o programa terapêutico, a busca de sentido positivo para a vida, a oportunidade de mudança que este momento representa e a revolta da impotência sentida face às exigências de um futuro. Se neste momento da sua vida, Carla enuncia por um lado, o sentir-se desinvestida/não cuidada, alternando com o sentir algum apoio formal e/ou informal, e por outro, situa-se no projeto de maternidade exprimindo o sentir-se mãe e o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe.

Sentada na pontinha do sofá, **Inês (N11)**, *ser no mundo e num determinado tempo*, voltou-se para o momento passado da sua gravidez, situando-se no mesmo, recordando associado a este a presença de um companheiro desviante. Numa gravidez não planeada e não desejada, exprimindo, por isso, o sentir ambivalência, Inês ao sentir-se desinvestida/não cuidada, narra o sentir-se uma mãe diferente, o sentir a diferença no cuidar e o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe, enfatizando face à díade mãe-filho a ligação/vinculação ao bebé. Se do trabalho de parto e parto, Inês aborda o sentir dores e no que diz respeito à díade mãe-

filho o sentir medo de alterações/malformações no bebé, do momento pós parto e, no mesmo âmbito, alude ao sentir-se capaz de cuidar do filho, apesar do sentir-se desinvestida/não cuidada pelo sentir falta de apoio formal e/ou informal. Reportando-se ao primeiro ano do seu filho, Inês volta a situar-se no passado tal como no momento da sua gravidez, recordando a continuação da presença de um companheiro desviante e o retorno aos consumos. Procurando projetar o futuro, Inês desvela-nos o sentimento de revolta face às exigências de um futuro seguro que não consegue assegurar e ao situar-se na díade mãe-filho, exprime o sentir-se revoltada perante a (possibilidade de) institucionalização do filho e o sentir-se triste pela perda do poder parental.

Paula (N12), *ser com consciência de si próprio*, regressa ao momento da sua gravidez situando-se na sua história de consumos, onde a oportunidade de mudança emerge de uma gravidez planeada e desejada, aliada ao surgimento de um companheiro terapêutico. Situando-se na díade mãe-filho, Paula refere a forte ligação/vinculação ao bebé, expressando o sentir-se investida/cuidada pelo forte apoio formal e/ou informal recebido. Da experiência vivida relativa ao momento do trabalho de parto e parto, Paula rememora as dores sentidas mas enfatiza especialmente face à díade mãe-filho a ligação/vinculação ao seu bebé e o sentir tristeza da sua separação logo após o parto. Do momento pós parto, Paula torna a situar-se no seu passado, culpabilizando-se por este, procurando valorizar o presente e projetar o futuro, onde enfatiza o sentir-se capaz de cuidar do filho, a forte ligação/vinculação ao bebé, referindo o sentir desilusão por não amamentar. Na procura do encontro com a experiência vivida da transição para o papel maternal após o primeiro ano de vida do filho, Paula situa-se no projeto de maternidade sentindo-se mãe, dando relevo ao sentir-se investida/cuidada pelo apoio formal e/ou informal recebido, lembrando, no entanto, estigma social sentido em relação à capacidade em ser mãe. Face à díade mãe-filho, Paula enuncia o sentir-se capaz de cuidar do filho.

Com uma névoa cinzenta do cheiro a tabaco que nos circundava, **Carlota (N13)**, *ser no mundo e com-os-outros*, regressou ao momento da sua gravidez situando-se na sua história de consumos e na procura de modificar os mesmos, já que a gravidez, tendo sido planeada e desejada, assim o impunha. Situada no seu passado, de onde emerge um ambiente familiar instável e um sentir-se culpada por uma história de vida passada, Carlota enfatiza o sentir-se desinvestida/não cuidada pelo sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe, apesar do apoio formal e/ou informal ter existido, revelando em relação à díade mãe-filho uma forte ligação/vinculação ao bebé, apesar do medo de alterações/malformações no bebé. Do momento do trabalho de parto e parto, recordado como um momento de felicidade apesar das dores associadas ao mesmo, Carlota situada no seu projeto de maternidade, refere o

sentir-se igual a outras mães. Do momento do pós parto, Carlota volta a situar-se no seu passado culpabilizando-se pelo mesmo, aludindo ao sentir-se desinvestida/não cuidada pelo sentir a diferença no cuidar. Deste momento, Carlota revisita o sentir-se capaz de cuidar do filho e a desilusão por não ter tido a oportunidade de o amamentar. Face ao primeiro ano de vida do filho, Carlota enuncia o valorizar o presente e procura projetar o futuro manifestando, por um lado a oportunidade de mudança que este filho lhe trouxe, mas por outro, a revolta em relação às instituições e técnicos de segurança social. Situando-se no projeto de maternidade, Carlota enuncia o sentir-se mãe, referindo o sentir-se investida/cuidada, salvaguardando no entanto, face à díade mãe-filho, o sentir-se revoltada perante a (possibilidade de) institucionalização do filho.

Aurora (N14), *ser com capacidade de se transcender*, chegou junto a mim com a respiração ofegante de quem tinha corrido a meia maratona para chegar à meta. Já sentada e tranquila, Aurora desvelou o seu processo gravídico situando-se de imediato no seu passado, culpabilizando-se pelo mesmo e por uma gravidez anterior a esta da qual se alienou. Se a sua última gravidez lhe permitiu valorizar o presente e projetar o futuro pela oportunidade de mudança e pelo surgimento de um companheiro terapêutico, Aurora situou-se no projeto de maternidade com ambivalência de uma gravidez não planeada e não desejada, mas que lhe permitiu o sentir felicidade. Sentindo-se neste momento investida/cuidada, em relação à díade mãe-filho Aurora realça a ligação/vinculação sentida pelo seu bebé. Revisitando o momento do trabalho de parto e parto, Aurora relembra as dores sofridas mas especialmente o medo sentido pelas possíveis alterações/malformações no bebé. Na reflexão circunscrita ao momento do pós parto, Aurora recorda por um lado o sentir-se desinvestida/não cuidada pela diferença no cuidar, salientando o sentir-se investida/cuidada pelos médicos. Do seu projeto de maternidade, Aurora alude ao sentir-se igual a outras mães e o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe, exprimindo face à díade mãe-filho o sentir-se capaz de cuidar do filho e o sentir desilusão por não amamentar. Olhando para todo o primeiro ano de vida do seu filho, Aurora volta a centrar-se e a valorizar o presente e a projetar o futuro pela oportunidade de mudança, em que ao situar-se no projeto de maternidade evidencia o sentir-se mãe, salvaguardando, no entanto, o sentir estigma social em relação à capacidade em ser mãe.

Parte IV – O Círculo...

| ...Possibilidade de conhecimento

4. A Desocultação...

Depois do enfoque dado a cada uma das nossas participantes, procurando através de cada uma delas fazer emergir o singular da sua experiência vivida face à transição para o papel maternal, procurámos voltar-nos agora na busca epifânica do que une estas mulheres face ao seu vivido, pretendendo fazer emergir as comunalidades, não perdendo de vista as singularidades e os contextos vividos.

Entendendo que a compreensão só é possível do todo para o singular e do singular a partir do todo, iniciámos este posicionamento circular no capítulo anterior quando procurámos enfatizar as particulares da singularidade da experiência vivida de cada uma das nossas participantes, para que agora o possamos encerrar. Este movimento circular da compreensão, pressupõem o movimento contínuo do todo para a parte e, desta, de volta para o todo, buscando a concordância de todas as partes singulares com o todo, pois só assim a compreensão face ao fenómeno em estudo é concretizada. Para Heidegger (2006, p.210),

“o círculo não deve ser rebaixado a um *vitiosum*, mesmo que apenas tolerado. Nele se esconde a possibilidade positiva do conhecimento mais originário que, de certo, só pode ser apreendida de modo autêntico se a interpretação tiver compreendido que sua primeira, única e última tarefa é de não se deixar guiar, na posição prévia, visão prévia e conceção prévia, por conceitos ingênuos. Ela deve, na elaboração da posição prévia, da visão prévia e conceção prévia, assegurar o tema científico a partir das coisas elas mesmas.”

Considerando como a *‘primeira, única e última tarefa’*, o olhar firme para os achados e sua discussão, levam-nos a percorrer todo um caminho na busca da compreensão do significado fundamental face ao fenómeno em estudo. Aqui, procuraremos centrar-nos no fenómeno e compreendê-lo à luz de *flash de insight* que põe a nu uma possibilidade de entendimento “nos sentidos emergentes e como o fenómeno se origina e vem a ser” (Van Manen, 2014, p. 236). Para desenvolver este trabalho de reflexão profunda que nos permitisse chegar a *insight cultivators* (Van Manen, 2014, p. 324), recorreremos e chamámos a nós, o nosso posicionamento ontológico e epistemológico, outros trabalhos de investigação que alicerçaram a nossa revisão sistemática da literatura, literatura dos mais diferentes géneros literários, músicas e pinturas.

“Encontramos catalisadores de reflexão na leitura dos textos reflexivos dos filósofos e outros estudiosos das artes, humanidades e ciências humanas. Os catalisadores de reflexão dão-nos a sensação de, «Oh, agora “eu vejo!”». Eles ajudam-nos a interpretar as nossas experiências vividas, trazem à memória experiências que parecem exemplificar estes catalisadores de reflexão, estimulam mais compreensões e insights criativos, relativamente ao fenómeno sob investigação.” (Van Manen, 2014, p.324).

Posteriormente, apresentaremos as implicações desta investigação para a prática clínica em enfermagem, para a disciplina, para a investigação e para o ensino, terminando com uma conclusão a este trabalho, onde se fará uma breve sùmula dos achados mais relevantes, uma análise crítica do percurso investigativo e a apresentação de sugestões futuras ao mesmo.

4.1 Do Todo a partir do Singular e do Singular a partir do Todo...Ao Fenómeno

As participantes neste estudo aludem à sua experiência vivida face à transição para o papel maternal através de uma narrativa que as levou a recentrarem-se em quatro momentos (gravidez; trabalho de parto e parto; pós parto; primeiro ano de vida do filho) do percurso vivido, de onde emergiram temas e subtemas essenciais face ao fenómeno em estudo. Como já referimos, daremos aqui enfoque às comunalidades encontradas, não deixando para trás a ilustração vivida das singularidades.

▪ **Do Invisível à Transcendência...O Ser Grávido**

Invisíveis, quase invisíveis, estas participantes levam-nos a refletir sobre a condição de vulnerabilidade em que se encontram. Recorrendo à imagem da pintura de Hula, estas participantes parecem estar numa luta desenfreada entre elas e o mundo, para se manterem à tona da água (Figura 1).

Sem grandes boias de salvação, o passado de entre as profundezas da água parece estar sempre presente, onde para chegarem à possibilidade de um futuro, têm que se manter a flutuar num presente cheio de dificuldades.

“(...) Eu era toxicod dependente, era sem abrigo, não tinha ninguém. (...) A minha preocupação não era nenhuma. Eu queria era fumar e trabalhar para fumar, à espera de morrer. (...) A primeira vez que consumi ainda me lembro. Fumei um bocadinho de nada, de nada. Eu não estava habituada, que olhe, fiquei a dormir uma data de horas e senti-me tão bem. Olhe a partir daí, pronto, foi a minha desgraça [chora]. Fiquei agarrada.” (Ana – N2)

“Eu no início não sabia que estava grávida. Tinha uma vida muito complicada, queria era curtir e andar por aí. (...) Ele um dia disse-me: “eh pá, temos que arranjar ‘guito’ para sustentar isto. Podias era começar a andar aí na estrada para fazermos dinheiro!” Eu vi-me desesperada, a precisar também de consumir para andar bem-disposta...fui para a estrada. Ao início foi horrível, senti que não era eu, mas quando comecei a ter dinheiro e a poder comprar a droga para consumir, foi mais fácil. Estava alienada! (...) Queria ter podido limpar a minha vida, mas já não dava.” (Irene – N4)

Se para Heidegger (2006) a ideia da vulnerabilidade (*vulnus*) se relaciona com suscetibilidade do ser humano a ser ferido, Levinas (2013) remete-nos para a ideia que a vulnerabilidade se relaciona também com a dependência ao outro, a quem cada um se

apresenta e expõe. Desta forma, estas mulheres situam-se e vagueiam num passado difícil, onde quase não existiram, tornando-se por isso, invisíveis para o mundo e para elas próprias. Parece-nos, que nestas mulheres existe como que uma incapacidade de encontrar um significado e um sentido de responsabilidade da sua existência (Frankl, 1987).

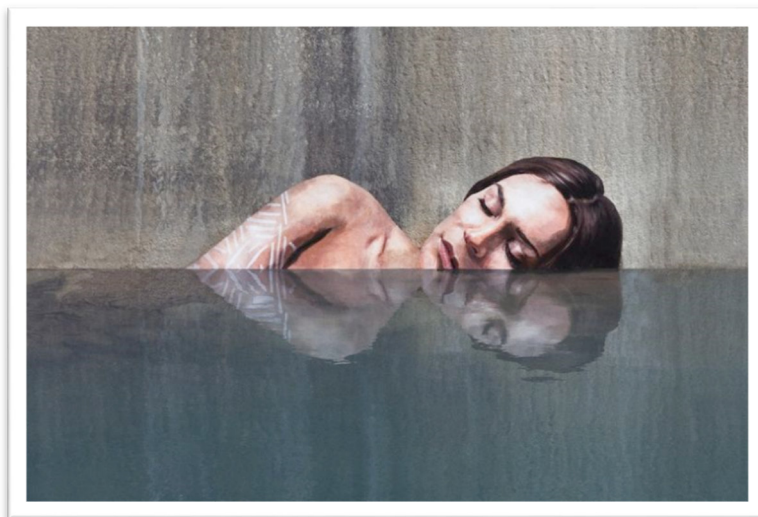


Figura 1. Women Emerging From The Water (Hula's Paintings)

Da história de vida passada faz parte, para algumas das nossas participantes, um ambiente familiar instável e degradado, onde não existem relações significativas com familiares, e, portanto, a ausência de figuras de investimento afetivo para com elas é salientado em algumas das suas narrativas. Também a investigação conduzida por Galera, Bernal e O'Brien (2005) em vinte mulheres com filhos pequenos que realizaram tratamento para o problema da dependência do álcool ou drogas, nos remete para a ideia que muitas destas mulheres experienciam e são vítimas da ausência de afeto no relacionamento familiar durante a infância, o que nos parece que pode ser um elemento dificultador para o desenvolvimento da identidade materna e para o encetar experiências de afeto e cuidado.

Nas vidas destas mulheres foi presente um companheiro desviante, desviante porque para a maioria das participantes foi através do mesmo que tiveram contacto pela primeira vez com o mundo das drogas, da prostituição e experienciaram a violência física.

“Eu quando engravidei tinha deixado de fumar até tabaco, mas depois experimentei uma vez ‘cavalo’ (heroína) com o meu marido e ficámos agarrados. (...) tive de ser muito forte, porque volta e meia o meu marido fumava e eu vi-o feliz e todo contente e tinha inveja do estado dele. (...) Se no início ele ficou muito contente e feliz com a gravidez, quando andava de cabeça no ar com aquelas coisas, não

me ligava nada e não queria saber. (...) Nunca me tratava mal, nem nada, mas estar a fumar aquilo à minha frente e andar todo alvoraçado, é difícil doutora!” (Patrícia – N7)

“Eu estava com um companheiro mas nós não tínhamos nenhuma relação, isto é, era uma relação sem amor, sem nada, só estávamos. (...) Acreditava que ele me ia ajudar e a minha vida ia andar para a frente, mas depois a nossa vida era consumir, era andar para trás e para a frente, era roubar, era dormir, e assim passávamos os dias. (...) Ele é que controlava a minha cabeça, ele é que me mandava fazer tudo, ele é que mandava e mim! (...) ele não me ajudava a recuperar, porque se eu estava a fazer a metadona, ele ia para casa e consumia à minha frente.” (Nélia – N8)

Se à partida estes homens seriam fonte de amor e de apaziguamento delas próprias, os mesmos conduziram-nas a experiências aditivas, sendo as mesmas, em alguns casos, usadas pela sua invisibilidade, como fonte de rendimento através da prostituição, para que, o dinheiro que dali provinha ‘alimentasse’ o vício de ambos. Imersas nesta realidade, estas mulheres retratam pelas suas narrativas e contextos, as dificuldades que experienciaram em tentar mudar a sua ‘estranha’ forma de vida. Como nos refere (Frankl, 1987, p.53),

“A pessoa cuja situação não permite prever o final de uma forma provisória de existência também não consegue viver em função de um alvo. Ela também não consegue mais existir voltada para o futuro, como o faz a pessoa numa existência normal. Concomitantemente altera-se toda a estrutura de sua vida interior.”

A Gravidez surge na vida destas mulheres, na maioria das vezes, de forma não planeada e não desejada. O seu surgimento faz-se, como já vimos, num contexto de consumo de drogas e de desestruturação do *eu*, em que este *eu* é como que ausente de identidade, “Ser eu é, para além de toda a individualização que se pode ter de um sistema de referências, possuir a identidade como conteúdo” (Levinas, 2014, p.24). Até ao momento que têm conhecimento de que estão grávidas, é o consumo da droga o seu único foco e objeto de atenção.

“Só um vício me traz/ Cabisbaixa me faz
Reduz-me a pequenina/ Quando não tenho à mão
A forte cocaína/ Quando junto de mim
Ingerido em porção/ Sinto sã sensação
Alivia-me as dores/ Deste meu coração

Ai, ai, és a gota orvalina/ Só tu és minha vida
Só tu, ó cocaína/ Ai, ai, mais que flor purpurina
É o vício arrogante/ De tomar cocaína

Sinto tal comoção/ Que não sei explicar
A minha sensação/ Louca chego a ficar

Quando sinto faltar/ Este sal ruidoso
Que a mim só traz gozo/ Somente em olhar
Para ele esquecer/ Eu começo a beber

Quando estou cabisbaixa
Chorando sentida/ Bem entristecida
É que o vício da vida/ Deixa a alma perdida
Sou capaz de roubar/ Mesmo estrangular
Para o vício afogar/ Neste tóxico bravo
Que me há de findar.”

(A Cocaína - versos de uma prostituta usuária de cocaína musicados por Sinhô – 1888-1938, um instrumentista e compositor e brasileiro)

Com ambivalência, caracterizada por avanços e recuos, estas mulheres por um lado não desejam a gravidez, mas por outro parecem ver na mesma e o que aquela gravidez possa simbolizar, a oportunidade de mudança, possibilitando-as, por isso, a valorizar aquele momento presente e permitirem-se projetar um futuro. A possibilidade de terem um futuro é a possibilidade de saírem da tona de água; é a possibilidade de se sentirem iguais a outras mães e mulheres; é indiscutivelmente a possibilidade de “(...) afirmar a própria identidade do eu humano a partir da responsabilidade, isto é, a partir da posição ou da deposição do eu soberano na consciência de si, deposição que é precisamente a sua responsabilidade por outrém.” (Cardoso, 2002, p.50).

Quando situadas no seu projeto futuro da maternidade, estas mulheres exprimem o sentimento de felicidade, sentimento este que lhes dá possibilidade de se sobrepujarem e de modificarem o curso histórico da sua vida e da sua história de consumos, pela “(...) capacidade humana de transcender uma situação difícil e descobrir uma verdade orientadora” (Frankl, 1987, p.13). Segundo Naves (2009, p. 73), é por “constituir-se exatamente como um ser de liberdade e encontrar-se num universo de facticidade, que o homem é capaz de assumir, por si, a condição de projeto destinado à realização.”

Se a responsabilidade por um novo ser é aquilo que possibilita uma nova identidade para estas mulheres, é ele também que possibilita identificarem-se e reencontrarem a sua identidade através do que lhe acontece. “É a identidade por excelência, a obra original da identificação.” (Levinas, 2014, p.24). Por este novo ser, as participantes do estudo exprimem especial ligação e vinculação a este, através das carícias que dão à sua barriga e dos diálogos que têm com o seu bebé in útero, enfim, através de todas as formas de apego ao bebé que trazem na sua barriga:

“ (...) mas depois conforme ela ia crescendo dentro de mim foi, eh pá, foi uma paz...uma coisa maravilhosa...ai! (...) Gostava de dormir agarrada à minha barriga quando ela já estava grande e sentir a bebé a mexer, é uma coisa maravilhosa, doutora. (...) Eu falava para a minha filha, desabafava com ela, ela estava ali comigo, dentro de mim.” (Dora - N1)

“Olhe, comia a horas, tomava banhinho, passeava com a minha barriga e falava para o meu bebé. Quando fiz a primeira ecografia foi muito bom, ouvia o coração...[chora]. (...) Quando chegava a casa deitava-me e lá ficava eu a falar com ele!” (Irene – N4)

A mãe e o feto, durante a gravidez, vão-se progressivamente moldando aos ritmos próprios de cada um, estabelecendo uma ligação, um vínculo que se constrói através das experiências quotidianas. Ao longo da gravidez, as participantes revelam interação com o seu bebé. Esta comunicação e relação estabelecida entre a mãe e o futuro bebé ocorre gradualmente ao longo dos meses de gravidez e é, sem dúvida, responsável pelo desenvolvimento da vinculação entre a díade mãe/filho (Pires, Azevedo & Brandão, 2006).

Se à partida o nosso posicionamento quotidiano nos poderia permitir questionar a possibilidade destas mulheres vislumbrarem a gravidez como uma possibilidade e exprimirem ligação afetiva e investimento para com um novo ser, assombrado pelo medo de alterações e malformações ao bebé em consequência dos seus comportamentos aditivos, os nossos achados poderão possibilitar um novo entendimento. Os investigadores americanos Panchanadeswaran e Jayasundara (2012) procuraram explorar os múltiplos contextos de vulnerabilidade, uso de drogas e parentalidade em mulheres em tratamento e recuperação de dependência de substâncias aditivas, em regime de ambulatório. No seu estudo, estes investigadores mostram que um conjunto complexo de circunstâncias significativas aprofundam o sentimento pessoal de vulnerabilidade a que estas mulheres estão sujeitas em que o filho tem um especial enfoque nas suas vidas, percecionado como sinal de esperança.

Ao longo da gravidez as participantes expressam sentirem-se investidas e cuidadas, quer pelos profissionais de saúde das instituições de saúde onde vigiaram a sua gravidez, quer pelos profissionais dos centros de respostas integradas.

“Passado uns tempos, uma doutora da CPCJ veio ter comigo e perguntou-me se eu não queria vir para o CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) fazer a metadona. (...) Claro que quando vim para o CAT senti mais apoio, senti-me mais capaz (...).” (Nélia – N8)

“A equipa foi espetacular e apoiou-me muito e isso facilitou aqueles momentos mais difíceis.” (Cristina – N9)

A comunicação que vislumbra atenção para com o outro e o gesto cuidativo dos outros para com elas, permitiu-lhes sentirem-se protegidas, mais capazes e seguras, “A comunicação ou compreensão dos gestos faz-se através da reciprocidade das minhas intenções e dos gestos dos outros, dos meus gestos e das intenções discerníveis na conduta das outras pessoas. É

como se a intenção da outra pessoa habitasse o meu corpo e a minha, o dele.” (Merleau-Ponty, 2010, p.215).

▪ **O Tempo do Encontro...O Outro**

Quem é esse outro? Que mistério encerra este rosto que estava no plano imaginário, despojado, desprotegido, que tenho frente a mim, que me interpela e me exige respostas?

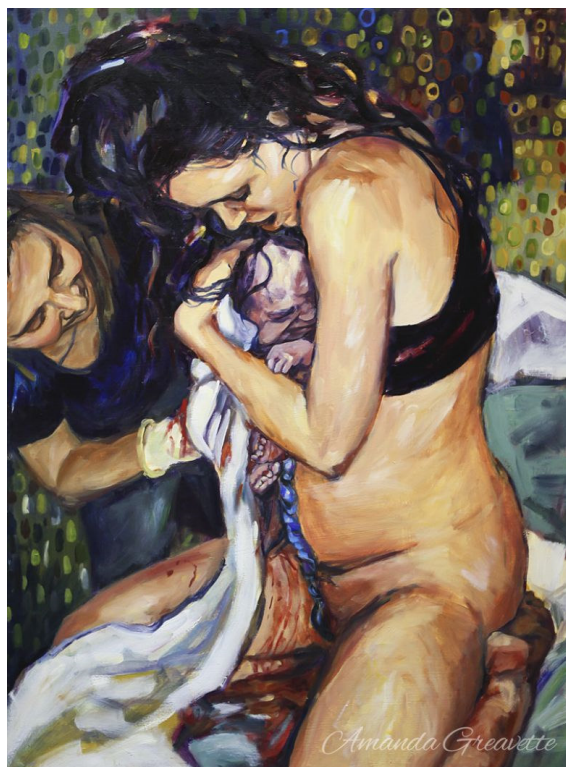


Figura 2. O Encontro ... Após ter o seu primeiro filho, a canadense Amanda Greavette decidiu criar o *The Birth Project*, uma iniciativa em que ela pinta mulheres em tamanho real, especialmente aquelas que estão no processo de se tornarem mães (Greavette A., 2016).

Chegámos ao tempo...ao tempo do encontro com *o outro* a que estas mulheres se ligaram afetivamente. Um *outro* ainda desconhecido, mas imaginado de muitas e múltiplas formas, em que o medo de alterações e malformações no bebé atormentou o momento vivido por estas mulheres no decurso do seu trabalho de parto e parto. Para com este *outro ser*, estas mulheres exprimem sentimentos de amor e de ligação afetiva, referindo-nos um sentimento de profunda tristeza quando separadas do mesmo.

“O meu bebé nasceu bem, as enfermeiras mostraram-me, mas rapidamente foram com ele para a incubadora [chora]. Disso tive pena! As outras tinham os seus bebés, estavam ali ao pé delas, eu para além de estar completamente sozinha, quem tinha nascido para me fazer companhia tinha sido levado embora, isso foi terrível! [chora] (...) Quando cheguei à unidade, ai doutora chorei tanto, tanto! O meu bebé muito pequenino, dentro daquela caixa de vidro, fartei-me de chorar.” (Irene – N4)

“Quando ela nasceu eles levaram-na e isso marcou-me um bocado, porque eu deixei de a ver (...).” (Patrícia – N7)

Se na possibilidade, o encontro com o mundo se poderá fazer para estas mulheres nos ditames desta relação afetiva, somente *Dasein* é capaz de compreender seu próprio ser e somente ele, de igual modo, é capaz de perceber e se relacionar com o mundo que o rodeia (Filho, 2010).

Quando estas mulheres se recolocaram situadamente no seu trabalho de parto e parto, apesar do sentimento de felicidade que aquele momento carregava, um dos principais aspetos recordados pelas mesmas foram as dores sentidas.

“(...) estava farta de dores mas também ao mesmo tempo, fogo, estava feliz, queria ver a minha filha, abraçá-la, queria ver a minha filha, a gravidez durou séculos.” (Dora – N1)

“Olhe, lembro-me tanto, tanto das dores que eu nem tenho explicação. Foram horríveis e eu ia-me dando uma coisa.” (Maria – N3)

A dor continua a ser uma das principais recordações negativas associadas ao trabalho de parto e parto. Hoje, o alívio da dor é uma das principais premissas dos cuidados de enfermagem prestados à parturiente, segundo Fróis e Figueiredo (2004, p.3) “o principal objetivo da equipa multidisciplinar na assistência à maternidade é: ajudar o casal a viver a conceção e o nascimento do seu filho de uma forma menos dolorosa possível e de um modo digno e feliz.” Os enfermeiros, através da implementação de medidas não-farmacológicas ou farmacológicas, poderão contribuir diretamente para uma experiência de parto mais tranquila. Tal como nos referem Rocha, Monteiro, Ferreira e Duarte (2010), um olhar mais focado para o alívio da dor aquando do trabalho de parto e parto, poderá determinar uma vivência mais satisfatória de um momento muito marcante na vida de uma mulher como é o nascimento de um filho.

Embora não tenha sido expresso pela maior parte das nossas participantes, não podemos deixar de salientar que cinco referiram que, durante o trabalho de parto e parto, se sentiram desinvestidas por parte dos profissionais de saúde, exprimindo que sentiram a diferença no cuidar quando se comparavam com outras utentes internadas.

“(...) eu cheguei à maternidade, expliquei a situação toda e veio de lá uma besta-quadrada, que não tem outro nome, que me insultou e disse-me “você está a gozar com a minha cara! Não pode estar com contrações!”, eu disse-lhe “quer que eu me ponha aqui a gritar, se quiser eu grito, mas não me adianta nada!”. A mulher (enfermeira) lá me foi revistar toda por baixo e lá me pediu desculpa (...).” (Sandra – N6).

“Lá, eu senti muita diferença. Quando souberam que eu era toxicod dependente, deixaram-me um bocado por ali. (...) Vieram ver-me, mas depois passavam muito tempo sem vir, e eu estava ali sozinha. Achei que não tinham bons modos e uma pessoa naquelas alturas precisa de uma palavra amiga, de um

conforto e isso acho que não tive muito. (...) Eu fiquei num quarto sozinha, porque estas situações são assim, põem-nos num quarto sozinhas.” (Nélia – N8).

Focando-nos na abordagem conceptual da Teoria do Cuidado Transpessoal, como aplicação prática dos estudos de Jean Watson, consideramos o cuidado humano transpessoal como o contato dos mundos subjetivos do enfermeiro e do cliente, em que cuidado humano transpessoal ocorre numa relação *eu-tu*, sendo este um processo que transforma, gera e potencializa o processo de recuperação do *outro* (Watson, 2012). O enfermeiro concebe o *outro* com um todo, ser humano biológico, social e espiritual, que não pode ser fragmentado, desta forma, a alienação de um profissional de enfermagem face ao outro que dele é diferente reveste-se de má prática, eticamente reprovável. O verdadeiro cuidado em enfermagem só pode ser efetivado, demonstrado e praticado apenas interpessoalmente, consistindo em fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas e que promovem a saúde e o crescimento individual e familiar.

O enfermeiro, deve nortear-se de pressupostos filosóficos que permeiam o processo de cuidado humano em enfermagem, bem como, permitem o enfoque da enfermagem no conceito de pessoa como um ser integral, aceitando a pessoa e estas mulheres especificamente não apenas como estas são no agora, mas como elas poderão vir a ser, e em que o ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si, em determinado momento (Watson, 2004). Por outro, os profissionais de saúde deverão ser promotores do combate ao estigma, que tanto parece condicionar a vida destas e de outras mulheres, levando à perda de oportunidades, prejuízo da autoestima e autoconceito, qualidade de vida, suporte social e empoderamento (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013). Segundo Banwell e Bammer (2006), as mulheres que usam drogas ilícitas são muitas vezes culpadas por dificuldades no exercício da parentalidade, ao contrário dos outros grupos de mulheres, o que se traduz em estigma face a estas mulheres, representando um obstáculo à concretização dos seus projetos pessoais. Verificou-se ainda, no estudo conduzido por estes investigadores, que elas não recebem o mesmo nível de apoio social, quando comparadas com mulheres não consumidoras de drogas.

▪ **A Consequência do Ser...**

Se as nossas participantes fantasiaram sobre si mesmas enquanto mães durante o processo gravídico, procuraram transcender-se, irem para além de si, movendo-se na busca de informações e de modelos, incorporando comportamentos observados em outros, projetando-se como mães, é no encontro com o *Outro*, que têm a possibilidade de desenvolver competências cognitivo-motoras e afetivas em relação a este *Outro* que as desafia e que as possibilita.

Numa tentativa de se erguerem acima do seu destino externo, estas mulheres situando-se na relação mãe-filho expressam, quase que inequivocamente, a capacidade de cuidarem de seus filhos. Porque faziam quase tudo, porque eram capazes, porque estavam lá ... os filhos foram o foco, onde centralizaram tudo o que lhes possibilitava serem iguais e diferentes. Diferentes pela possibilidade de superação, iguais pela semelhança, à imagem figurativa do que é 'ser boa mãe'.

"Quando a bebé estava lá eu é que fazia tudo, nos primeiros dias eles é que queriam fazer e eu disse eu quero a minha filha, eu quero fazer. (...) Uma enfermeira lá no hospital então disse-me, anda cá, anda cá, estica os braços vá, tens de aprender, não pode ser só a ver. Eu fiquei tão contente, eu é que lhe dava banho, trocava as fraldas, dava de comer, tudo, tudo, eles não faziam quase nada, tratavam dos outros. Isto era muito importante para mim, eu aprendi a fazer e a minha filha sentia que era eu." (Dora – N1).

"Ela comia bem, eu dava-lhe peito e nisso não tive problema nenhum, tanto é que ela mama até agora. Eu era que lhe fazia tudo, fui eu que lhe dei logo o primeiro banho, que a vesti, tudo, não senti dificuldades nenhuma (...). Não sentia dificuldades nenhuma em cuidar dela, à exceção de ela chorar muito." (Carla – N10).

Dos achados parece-nos evidente que é na ligação e vinculação aos seus filhos que estas mulheres se sentem como mães, e é este laço muitas vezes não sentido até então para algumas das participantes, que as faz sobrepujar a si próprias, aos outros e aos contextos que estavam inseridas. 'Storge', palavra grega que se refere ao amor existente entre pais e filhos, é também designado por "afeição" (Lewis, 1986, p.28), constituindo-se o tipo de amor mais amplo, menos exigente e menos turbulento que é experienciado por qualquer pessoa, edificando-se no amor mais humilde. Assim, a verdade é a de que o amor é, de certa forma e possivelmente, o bem último e supremo que pode ser alcançado pela existência humana (Frankl, 1987, p.31).

"Apesar de pessoas como eu terem um passado complicado, nós sentimos como as outras mães." (Maria – N3).

"Foi até hoje, o ano novo que passei melhor, porque estávamos só nós as duas! Ela tinha nascido há pouco tempo e éramos só as duas que ali estávamos, foi muito bom!" (Carla – N10).

Através de estádios progressivos, estas mulheres percorrem todo um caminho que as pode permitir reencontrarem-se com o seu *Ser*, pelo que, os enfermeiros têm nelas uma oportunidade de um novo olhar do que pode vir a ser ‘tornar-se mãe’.

O estudo inglês que procurou compreender de que forma programas de reabilitação para a toxicoddependência podem criar oportunidades de afirmação da identidade materna, mostra-nos que as mulheres toxicoddependentes em processo de reabilitação encontram-se motivadas em agir no supremo interesse do seu descendente, tendo uma oportunidade para se reabilitar do uso de drogas (Radcliffe, 2011). Este estudo reforça que é importante que os profissionais de saúde respondam a este desafio, envolvendo estas mulheres nos serviços de saúde.

Se nesta possibilidade de *Consecução do Ser*, o passado parece ser sempre presente, em que a culpa dilacera a alma, é pelo prisma do futuro que há a necessidade premente de cortar com todo um passado.

“Houve um dia que fez uma convulsão, senti-me tão mal, tão culpada, que chorei, chorei até não puder mais. Senti-me muito, muito culpada. O meu filho estava assim por minha causa, a culpa era minha, só minha!” (Irene – N4).

“Já não podia corrigir o passado, só o futuro!” (Paula – N12).

Centradas no período pós parto, as nossas participantes exprimem sentir orgulho ao sentirem-se como mães e ao facto de desempenharem esse papel, considerando o elevado estigma social que estas carregam em relação à capacidade em serem ‘boas’ mães, como se o ser toxicoddependente fosse à partida uma amputação prévia para a capacitação em se tornarem mães. Ninguém nasce mãe! Ser mãe, não nos parece um dado inato que algumas mulheres têm e outras não, parece-nos sim, uma viagem que algumas mulheres fazem e que dá a oportunidade de nesse percurso construir uma outra identidade de si próprias.

“Uma enfermeira até me disse que se admirava porque normalmente as toxicoddependentes não querem saber dos filhos, saem e nunca mais voltam por causa do dinheiro, e eu disse, não, eu quero a minha filha, eu quero lutar! A CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) também me disse que não era normal eu querer a minha filha, que era um caso raro.” (Dora – N1).

“Uma coisa que me marcou, foi que quando eu tive o meu filho eu era a toxicoddependente e a outra senhora que estava lá também a ter o bebé, não era. (...)! É como lhe digo, fazem muita distinção!” (Aurora – N14).

O International Council of Nurses (2012) reconhece que a parentalidade e a adaptação à parentalidade são merecedoras da atenção dos enfermeiros, devendo considerar-se um especial foco de atenção da sua prática de cuidados. O enfermeiro tem o dever de assistir as pessoas e ajudá-las a gerir as transformações ao longo do ciclo vital.

Reveste-se de especial importância a humanização dos cuidados de enfermagem, o que significa, que o enfermeiro deve ter como referência um conjunto de aspetos diferenciadores

dos indivíduos a quem presta cuidados, como as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais.

Os processos afetivos do exercício da parentalidade serão talvez aqueles que se vivenciam mais intensamente. Assim, devem ser considerados na perspectiva da enfermagem, sendo que o investimento que o enfermeiro dá a estes aspetos, pode determinar a diferença na qualidade dos cuidados (Fernandes & Narchi, 2007, Prata, 2009). O enfermeiro deve intervir em algumas funções do exercício da consecução maternal, como a satisfação das necessidades mais básicas da criança, ensinando a mãe a praticar essa função, para que com o tempo ela adquira a mais peculiar forma de o realizar face à interação que estabeleceu com o seu filho. Deve ainda, no nosso entender, contribuir para a confiança e segurança materna, reforçando as relações de vinculação e esforçando-se por colaborar com esta na interação social com a criança.

No nosso estudo, durante o momento pós parto circunscrito ao primeiro mês de vida da criança, as nossas participantes sentiram-se investidas e cuidadas, realçando as(os) enfermeiras(os) que cuidam, tal como outras formas de apoio formal ou informal que receberam.

“Estive sempre num quarto sozinha e as enfermeiras ajudaram-me muito, nunca senti que me tratassem de forma diferente, pelo contrário, até acho que se preocupavam mais comigo e me ajudavam mais. (...) As enfermeiras ajudaram-me muito e com o tempo fui capaz de ir fazendo. Elas também falaram com o médico para me darem alta mais tarde, para que assim eu pudesse aprender mais coisas e assim foi, vim mais tarde para casa.” (Raquel – N5).

“Olhe, lá não me sentia sozinha, porque sabia que estava acompanhada e tinha alguém (...).Gostei muito daqueles dias porque me sentia protegida e ninguém me chateava a cabeça.” (Cristina – N9).

A transição para o papel maternal é um período de grande stress para a mãe e um momento potencialmente ameaçador para o desenvolvimento do bebé (Silva, 2011), muito mais, se associarmos a este evento o fenómeno da adição a substâncias psicoativas.

Soares (2008) defende a relação terapêutica e o poder que esta pode ter aquando da realização das intervenções de enfermagem. Face ao exposto e com foco na nossa problemática, o enfermeiro deve na procura da compreensão da experiência humana vivida e experienciada por estas mulheres, revelar disponibilidade, confiança, atenção, tranquilidade e apoio, dando informação, mostrando-se como se faz e partilhando experiências importantes e humanizadoras na condução para a consecução do papel maternal destas mulheres, potenciando em todas elas a construção da sua identidade como mães. A relação terapêutica parece-nos de grande relevância para com as mulheres que vivenciam a adaptação a este novo processo.

▪ **A Identidade do Ser Mãe...**

Passado o processo gravídico, o trabalho de parto e parto e o período do pós parto, as nossas participantes voltam a revisitar o passado (muito presente) do primeiro ano de vida dos seus filhos.

Grande parte das nossas participantes continuam a enunciar o como se sentiam capazes para cuidar dos seus filhos. Estivessem estas institucionalizadas com os seus descendentes, quer com estes em suas casas, as nossas participantes exprimem e tornam muito evidente a capacidade que têm em cuidar dos seus filhos. Com sentimentos de afeto e de vínculo, enunciam quase que categoricamente o que afinal eram capazes de fazer, tal como tantas outras mães, realçando (como se fosse inequivocamente necessário) tais capacidades, traduzindo as mesmas a possibilidade de validar que afinal foram 'boas' mães.

“A melhor experiência e o que mais me marcou durante o primeiro ano foram os primeiros oito meses de vida da minha filha, porque eu fui com ela para uma instituição e estive sempre com ela, era eu que cuidava dela. (...) Lá, eu fazia tudo à minha filha, dava-lhe amor, carinhos, o banho, a comida, brincava com ela, e eles sempre a vigiar-me. (...) Eu falava para a minha filha, cantava, eu esquecia-me que havia lá mais pessoas, ignorava-as, era como se fosse só eu e ela dentro de uma casa. (...) A minha filha logo que se sujava eu trocava logo a roupa toda, quando ela fazia chichi eu mudava logo a fralda, limpava logo com toalhitas, logo! Elas gozavam comigo. Andava lá uma toda babada, a cheirar a azedo, a minha não, cheirava sempre bem e andava limpinha.” (Dora - N1)

“Nós cuidamos do nosso filho com muito amor e carinho e hoje eu sinto-me mais mãe, mais capaz! (...) Durante este ano que passou, adorava passear com ele no carrinho de bebé, andar com ele na rua. Adorei aquelas fases todas de dar a comida, das papas, das sopas, foi muito bom!” (Paula – N12)

Se como enunciámos no mapeamento conceptual que alicerça esta investigação que a consecução do papel maternal se entende como o processo de interação e de desenvolvimento em que a mãe se liga ao seu filho, adquirindo competências nos cuidados a este e exprime sentimentos de satisfação e prazer (Mercer, 1981, 1985), denota-se nestas mulheres a tentativa 'quase desenfreada' de enunciar o que faziam com os seus filhos, possivelmente pela necessidade invisível de darem aos olhos do *Outro* (que valida o *Eu*) a prova da consecução da sua maternidade, e pelo sentimento de estigma social em relação à capacidade em serem mães.

“ (...), muitas coisas correram mal, porque nós temos aquele rótulo como a senhora sabe, e em vez de puxarem mais por nós, não, deitam-nos abaixo e nós já somos fracas, estamos sozinhas, se não nos ajudam, não conseguimos.” (Nélia – N8)

“Tendo em conta a minha história e porque eu tive medo que me tirassem a minha filha (...). Não lhe vou dizer que não tivesse medo que me tirassem a minha filha, aliás fui logo avisada no hospital. Disseram-me que quando a minha bebé saísse do hospital ia para uma casa de acolhimento, pelo menos

temporariamente. (...) *Eu sei que o nosso passado e o consumo da metadona faz com que seja assim, mas olhe que há muita gente por ai normal e que deixa os filhos e não as tratam assim.*” (Maria – N3)

Como se erguessem acima do seu destino externo ao optarem por serem dignas do seu sofrimento, estas mulheres, no olhar sombreado pelo seu passado sentem-se mães...mesmo quando tudo falhou, mesmo quando a perspectiva de futuro é incerta...mesmo quando não foram capazes.

“Todos os momentos que passei e passo com a minha filha são momentos felizes da minha vida. A minha filha dá-me força para tudo. (...) Eu tenho muitas, muitas fotografias da minha filha, conforme ela ia crescendo eu ia tirando. Tenho tudo guardado. Eu para mim os dias de estar com a minha filha era uma alegria tão intensa, tão intensa.” (Ana – N2)

“É muito difícil, duro mesmo, mas acho que sentirmo-nos mães e gostarmos de sermos mães ajuda um bocado, porque temos uma razão, um motivo para irmos em frente, para além de nós mesmos. Eu não me via sem os meus filhos!” (Carlota – N13)

Duvidamos se sublevação ou revolta serão os conceitos adequados para traduzirem o sentir destas mães perante a possibilidade ou efetiva institucionalização dos seus filhos, no entanto, com medo, angústia, tristeza e choro, as nossas participantes expressam por um lado o medo que a institucionalização ocorra e por outro, a tristeza que sentem quando os seus filhos são institucionalizados, muitas vezes longe do domicílio materno, o que lhes limita ou cria dificuldades acrescidas na possibilidade de os visitarem, pelos constrangimentos sociais e económicos que estas mulheres de uma forma geral possuem.

“Eu, com a ajuda de advogados consegui evitar isso, daí a bebé ter ficado à guarda dos meus sogros, mas eu vivi aterrorizada com isso nesta fase da vida da minha filha. Tinha medo! Não saía à rua com ela porque tinha medo que a levassem. (...) Eu não concordo que ponham os miúdos nas instituições. Quando me disseram isso, chorei muito nesse dia. Como é que uma pessoa que ama tanto a sua filha, ficava de repente sem ela?” (Maria – N3)

“Ainda consegui ir ver a minha filha uma vez a Pombal, mas passado um mês transferiram a minha filha para Castanheira de Pera, já viu onde fica Castanheira de Pera? Não havia nada mais perto? Ainda é mais longe! Ora, se eu nem para comer tinha dinheiro, como é que eu ia para Castanheira de Pera?” (Nélia – N8)

Face às instituições e técnicos da segurança social, as participantes deste estudo expressam o sentir revolta, porque queriam e esperavam mais...

“No teu poema
Existe um verso em branco e sem medida
Um corpo que respira, um céu aberto
Janela debruçada para a vida.

No teu poema
Existe a dor calada lá no fundo
O passo da coragem em casa escura
E aberta, uma varanda para o mundo.

No teu poema
Existe o grito e o eco da metralha
A dor que sei de cor mas não recito
E os sonos inquietos de quem falha.

Existe a noite
O canto em vozes juntas, vozes certas
Canção de uma só letra e um só destino a embarcar
O cais da nova nau das descobertas.

No teu poema
Existe a esperança acesa atrás do muro
Existe tudo mais que ainda me escapa
E um verso em branco à espera... do futuro.”

(José Luís Tinoco, 1976)

Estas mulheres sentem que por estas instituições e profissionais são avaliadas e são ‘eles’ que afinal decidem se são ‘capazes’ ou ‘não são’ de serem mães...são ‘eles’ que afinal atestam as suas ‘capacidades’ em serem ‘boas’ mães.

“Não nos ajudam, não nos apoiam, mas para avaliarem se fazemos bem e se somos capazes toda a gente vem.” (Maria – N3)

“(...) todas as semanas vinha cá uma técnica, era todas as quarta feiras! Vinha, sentava-se no sofá, estava aqui meia hora sem falar nada e ia-se embora, foi assim! Aquilo enerva-me mesmo, porque ela não fazia nada, não ensinava nada, entrava, sentava-se e pronto, era aquilo! Eu já andava tão saturada daquilo, que desabafa com a minha mãe e então ela decidiu pedir a responsabilidade do menino para ela e assim fizemos. (...) Nunca vêm para ajudar é só para destabilizar e meter-nos medo!”
(Carlota – N13)

Para além das instituições e técnicos da segurança social, estas mulheres expressam o sentimento quase constante de vigilância por parte de outros. Se *“Dizer Eu não significa traçar uma fronteira, delimitar uma esfera privada inacessível ao outro. Muito pelo contrário, dizer Eu é expor-se em face dos outros, assumir a sua singularidade de uma maneira franca e aberta.”* (Cardoso, 2002, p.75), ser toxicodependente e ser mãe, é tido como sinónimo de incapacidade

o que implica, aos olhos das participantes, uma vigilância quase constante do *Outro* face ao seu *Eu*.

“Os médicos e a chefe das enfermeiras vigiavam-me vinte e quatro horas.” (Dora – N1)

“Andavam sempre em cima de nós como se fossemos umas assassinas, para ver se falhávamos para escreverem lá nos nossos papéis a dizer que éramos más mães.” (Nélia – N8)

Focadas no primeiro ano de vida dos seus filhos, as participantes balanceiam entre esse período das suas vidas e um passado mais passado do qual fez parte a presença de um companheiro desviante, em que não só as marcou pela entrada no mundo das drogas e em alguns casos no mundo da prostituição, como o mesmo se traduziu num elemento muito dificultador para a efetivação da consecução do papel maternal e da identidade materna.

“Tive muita turbulência na minha vida, porque infelizmente acabei de pôr o meu marido na rua, porque eu aguentei tanto, tanto, estes dezanove anos que precisava de pôr um ponto final e de ter paz na minha vida. (...) Quem me traz dificuldades e chatices e quem estragou a minha vida foi o meu marido e eu agora tive coragem e coloquei-o na rua! (...) Ele causa-me stress, chateia-me, não tem responsabilidades nenhuma! (...) Pelos meus filhos, mandei-o embora! Ele estava a destabilizar-nos e isso influenciava a forma como eu estava em casa e decidi livrar-me dele!” (Sandra – N6)

“Tive azar de estar com a pessoa errada na altura errada e experimentei e caí! (...) Lembro-me de nesse ano o meu companheiro ter consumido e ter desaparecido durante dois dias e como eu sabia os sítios onde ele andava, tive de pôr a miúda pequenina no carro e ir à procura dele. Isso custou-me muito! (...) Passado este ano, já a menina tinha um ano e pouco, ele foi preso e eu vi-me um bocado sozinha (...).” (Carla – N10)

De um passado mais passado, voltam-se para um futuro onde se procuram projetar como pessoas e como mães. A intenção projetada de um futuro melhor, permite a estas mulheres vislumbrarem as condições necessárias e ideais para cuidarem dos seus filhos, se reorganizarem como pessoas, ensaiarem a sua própria dignidade e tornarem-se visíveis pela sua própria dignidade e identidade materna. Estas mulheres têm de negociar continuamente uma tensão dinâmica entre a recuperação de um ambiente abusivo, a salvaguarda dos filhos, a criação de um estilo de vida saudável e sem drogas e a manutenção de relacionamentos significativos (Nardi, 1998).

“Doutora, eu agora estou empenhada em arranjar trabalho, porque eu vou buscar a minha filha, eu vou tirá-la de lá doutora. Eu amo a minha filha, é a minha força e vontade de viver, eu vou doutora [chora].” (Dora – N1)

“Só que eu tenho urgência, porque logo que arranje vou tentar tirar de lá o meu filho, mas tenho de arranjar também algum sitio para ele ficar e não pagar muito. (...) Eu agora quero é voltar a ter o meu filho comigo e organizar a minha vida, é o que eu quero!” (Irene – N4)

Compreende-se que a projeção que as nossas participantes fazem do futuro, carrega o sentimento de revolta ao que ele exige como ponto de partida. Estas mulheres partem de uma situação de saúde e social abaixo da linha de água, o que as coloca numa situação de vulnerabilidade acrescida. Deste enfoque, se o que vislumbram de futuro lhes permite ir caminhando, por outro, as dificuldades percebidas desse mesmo futuro constituem-se como obstáculos concretos à concretização da consecução do papel maternal.

“Ao fim dos seis meses, eu tive de me vir embora e eles mandaram-me arranjar trabalho e uma casa, senão a minha filha vai para adoção. Doutora, explique-me lá como é que eu arranjo trabalho? Eu estou farta de procurar trabalho e ainda não arranjei, quer dizer, nas limpezas vou arranjando, mas não é declarado não serve. (...) Isto não se faz a ninguém! Ninguém nos ajuda, ninguém nos dá hipóteses...[chora] eu só preciso de trabalho e a minha filha junto a mim. É o que eu quero!” (Dora – N1)

“Como é que eu, que tive aquela vida desgraçada que a doutora conhece, que fiquei grávida, depois tive o meu filho e estive lá quase um ano, poderia ter um emprego? Diga lá, doutora? (...) Isto assim é impossível, é mesmo para nós não ficarmos com os nossos filhos. (...) pedi por favor para me deixarem ficar, ou então arranjam-me um trabalho nas limpezas ou no lixo que eu não me importava, disseram-me que não, que eu é que tinha de procurar. (...) Oh doutora, eu nem para a camioneta tinha dinheiro! Como é que ia correr meio mundo a procurar trabalho. (...) Faço aqui as limpezas e dão-me dinheiro, mas não é, como é que se diz? legal, porque eu não desconto para a segurança social, é por fora como a maioria das mulheres da limpeza. Pelo menos este dinheirito dá para comprar umas coisitas e ir ver o meu filho duas vezes na semana (...).” (Irene – N4)

Propusemo-nos chegar até aqui na busca da compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, porque entendemos que é fundamental para a enfermagem e para o enfermeiro a compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia, permitindo-nos com isso a identificação das necessidades para o cuidado em enfermagem. Watson (2002, 2004, 2012) nesse sentido considera que os cuidados de enfermagem só se podem desenvolver no âmbito de uma relação transpessoal e recíproca em que se estabelece uma corrente intersubjetiva entre o enfermeiro e a pessoa. Mas, *“como revelar aquilo que, por natureza, escapa à discursividade: não os eventos pelos quais se passou, mas a vivência subjetiva que os acompanhou enquanto o seu lado mais íntimo e essencial?”* (Cardoso, 2002, p.48).

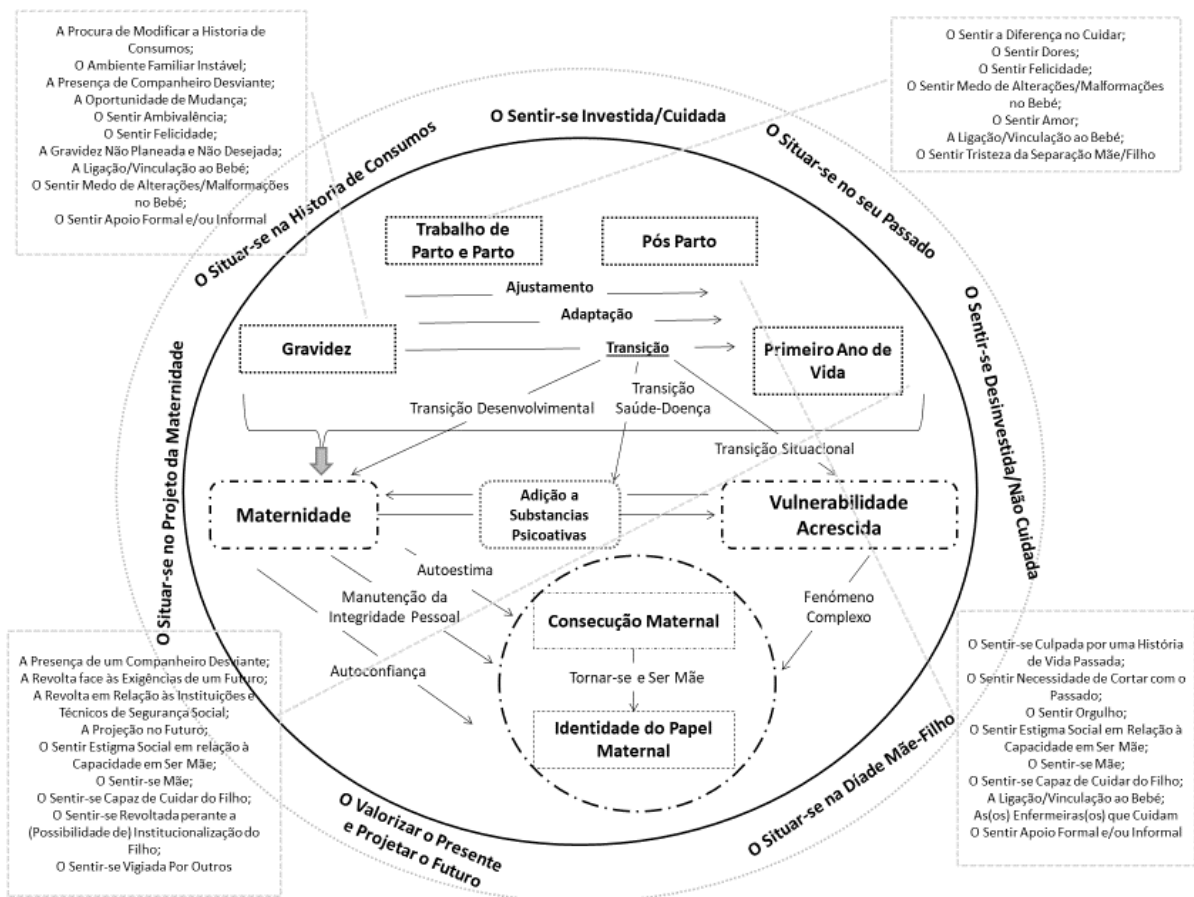
Da *invisibilidade*, estas mulheres procuraram na gravidez a possibilidade da transcendência e de mudança. Se de forma planeada e não desejada a gravidez surge na vida destas mulheres, é com ambivalência mas com forte ligação e vinculação ao seu bebé que carregam e fazem a viagem até ao momento do trabalho de parto e parto e que finalmente se encontram com o *Outro*.

É no *tempo do encontro*, que esse *Outro* as leva a sentirem a diferença no cuidar, medo, felicidade e amor, havendo espaço para sentimento de tristeza quando separadas daquele *Outro* que as possibilitava encontrarem-se com o seu *Eu*.

Na *consecução de seu ser*, estas mulheres exprimem o sentirem-se mães e a capacidade de cuidarem dos seus filhos, quase sempre atormentado por uma história de vida passada onde esteve presente um companheiro desviante e um futuro incerto, onde as exigências encetadas no mesmo, a (possibilidade de) institucionalização do filho, a vigilância por parte de outros e o estigma social em relação à capacidade em serem mães, as fazem exprimirem-se com tristeza e revolta.

Se na *possibilidade da consecução do papel maternal* gravitam de forma transicional para a identidade em serem mães, estas mulheres continuam a culpabilizarem-se por uma história de vida passada e todas as consequências que esta determinou em suas vidas e de seus filhos, sentindo por isso, necessidade de cortar com um passado ainda muito presente. Se a percepção do estigma social em relação à capacidade em serem mães é enfatizado por estas mulheres, é com o sentimento de orgulho e de vínculo ao seu filho, que estas se sentem mães e com capacidade para cuidarem dos seus filhos, evocando aqueles que foram capazes de cuidarem delas.

Pela necessidade de ajustamento ao fenómeno da maternidade, de adaptação e na experiência simultânea de uma transição desenvolvimental, situacional e de saúde-doença, a consecução maternal faz-se, para estas mulheres, num passado e numa história de consumos, em que o projeto de maternidade é presente, fortemente alicerçado na díade mãe-filho. Procurando valorizar o momento presente e numa necessidade quase constante de projetar o futuro, as participantes desta investigação salientam o sentimento de quando e quanto se sentiram cuidadas e o seu inverso (Esquema 16).



Esquema 16 – Representação esquemática dos temas essenciais que emergem da busca da compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho.

Entendemos, que a experiência vivida da transição para o papel maternal das nossas participantes que partem de uma condição de vulnerabilidade acrescida, constitui possivelmente um dos mais exigentes e desafiadores fenómenos vividos por estas mulheres, já que, determina só por si, um conjunto de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais, exigindo em simultâneo, a implementação de esforços adaptativos e de novos padrões de vida.

Assistindo-se ainda nos dias de hoje a uma ideia socialmente construída do que é ser mãe, as trajetórias de vida destas mulheres e os seus contextos, parecem determinar sentimentos e representações normalizadoras da transição para o papel maternal nestas mulheres, afastando-nos da conceção da experiência singular do fenómeno da transição para o papel maternal face a cada mulher que o experiencia.

A transição para o papel maternal neste contexto vivido, constitui um tipo particular de metamorfismo, em que o *Eu* experiencia descontinuidade na sua vida, necessidade e

tomada de consciência de novas competências, adoção de respostas comportamentais de ajustamento e de adaptação, reorganização de papéis e reestruturação de relações *com os Outros*, implicando para estas mulheres uma reconstrução da sua autoidentidade enquanto pessoas. Desta forma, consideramos que a problemática que aqui encetámos é de grande interesse e constitui um foco de atenção dos enfermeiros, tendo estes o desígnio de facilitar os processos de transição e de prestar mais e melhor atenção aos indivíduos mais vulneráveis, invisíveis e desprotegidos, não só para fortalecer e promover as competências parentais nestas mulheres, que lhes permita aplicar adequadamente a responsabilidade do cuidado dos seus filhos, mas também, como forma de criar um espaço que facilite a comunicação, a resiliência e o desenvolvimento psicossocial, pessoal e familiar.

“Da maneira com que uma pessoa assume o seu destino inevitável, assumindo com esse destino todo o sofrimento que se lhe impõe, nisso se revela, mesmo nas mais difíceis situações, mesmo no último minuto de sua vida, uma abundância de possibilidades de dar sentido à existência.”
(Frankl, 1987, p.51).

4.2 O Investigador...O Seu Sentir

Caminhos e Caminhos foram trilhados... o investigador coenvolveu-se na experiência vivida das participantes e sobre elas construiu o seu diário de bordo, resultado também do seu processo interpretativo que nos parece fundamental dar a conhecer e partilhar. Entrevistámos catorze mulheres, nessas entrevistas, entrámos no mundo e apropriámo-nos dos contextos e das experiências de cada uma destas mulheres e com elas tomámos conta de momentos experienciados e vividos. Pela impossibilidade de desvelar a totalidade das nossas notas face às catorze participantes entrevistadas, escolhemos aleatoriamente alguns desses registos.

Encontrámo-nos com *Dora (N1)*, eram 11h da manhã do dia 27 de maio e lá ia eu para a minha primeira entrevista no âmbito do trabalho de doutoramento. Ia nervosa...nervosa pelo encontro e nervosa por não controlar onde ia estar e em que contexto ia estar...simplesmente ia (a participante tinha referenciado que gostaria de realizar a entrevista em casa). Tinha informado uma amiga minha que ia realizar a entrevista e para que local me deslocava (não fosse o diabo tecê-las!).

Troquei de carteira e passei as minhas coisas para um saco. Indubitavelmente o nosso inconsciente leva-nos a fazer coisas estranhas, mas tive medo que pela minha roupa, mala ou afins pudesse criar constrangimentos...queria ir o mais simples possível.

À hora marcada lá estava eu à espera de uma senhora de t-shirt cor-de-rosa, era a referência que tinha. Apareceu à hora certinha, de forma simpática e afável cumprimentou-me e lá fomos nós entre becos e ruas estreitas.

Entrei...à minha espera estava uma pequena casa, muito pequena por sinal, tinha pouco mais de 18m² e nesse espaço havia um sofá, uma cama de casal, uma mesinha e uma cozinha. Embora o espaço fosse pequeníssimo, tudo estava arrumado e limpíssimo. Perguntei onde queria que me sentasse e fui orientada para o sofá. Ao meu lado sentou-se a minha entrevistada. Moça simpática e de bons modos. Apresentei-me e pouco depois bateram à porta. Depois de aberta, vislumbrei pela pequena abertura um homem com duas chávenas na mão e um prato de bolos...era a minha receção! Senti-me estar debaixo de uma ponte velhinha a comer uma sapateira (lagosta não, porque não gosto!). Aquele gesto franco, sem esperar nada em troca, de pessoas tão frágeis como uma folha de papel fino, petrificou-me e desafiou as minhas lágrimas, afinal, estas pessoas não me conheciam de lado nenhum e eu não era nem da segurança social nem de nenhuma outra instituição que os fosse ali avaliar...eu era a tal 'doutora' que as senhoras do centro de respostas integradas disseram que estava a fazer uma investigação.

Dora esteve sempre durante a entrevista comunicativa e de sorriso fácil, com um discurso organizado e gesticulando, onde alternou momentos em que expressava grande alegria e sentimentos de grande tristeza e revolta. Estávamos tranquilas, tínhamos todo o tempo...

Dora bebeu o seu café, acabadinho de sair da cafetaria do lado. O companheiro atual (não correspondendo este ao pai da criança) entrou e voltou a sair enquanto a entrevista decorria e percebeu-se que o que era expresso por esta mulher já outrora tinha sido partilhado com este.

Saí de lá passado hora e meia sensivelmente. Saí efetivamente com a entrevista realizada e portanto com o objetivo cumprido, mas com um sentimento de incapacidade e de alguma revolta. Possivelmente não é isto que se espera de um investigador, mas não é possível sair destes contextos sem nos indagarmos e percebermos enquanto pessoas e profissionais que estamos muito, muito longe do que preconizamos. Há tanto para fazer meu Deus.... Até parece que isto de ser mãe vem com um rótulo na testa e que quem tem algum dinheiro o pode ser e quem não tem é violentamente estigmatizado sendo que as segundas oportunidades não existem.

Como me disse a Senhora *Dora*, fui a primeira doutora a sentar-me naquele sofá...será que não temos profissionais para sentar naquele sofá, ou o problema será do sofá, em que as molas são frágeis e o tecido está esgaçado?

Desabafos de alguém que tem a mania que é investigadora...

...

Hoje era a minha segunda entrevista, Ana (N2) seria a minha entrevistada. Ia nervosa como sempre, não pela entrevista, mas mais pelo contexto a que ia estar exposta e que não controlava. Já tinha trabalhado durante a minha prática clínica com participantes com a mesma problemática que hoje estudo, mas uma coisa é ter uma bata e estar num contexto institucional e outra é estar completamente sozinha e ir pela primeira vez ao encontro de uma pessoa que eu não conhecia e num local que me era totalmente desconhecido.

Mais uma vez a entrevista iria decorrer na casa da participante tal como esta solicitou, mas hoje deslocava-me alguns quilómetros para ir ter com ela com vista a garantir que a participante não tinha despesas e a participação no trabalho não constituísse um prejuízo para si e para a sua vida pessoal. Andei até ao nosso ponto de encontro e lá estava ela à minha espera. Subi as escadas e entrei. A casa estava organizada. Na sala havia uma mesa e foi lá que nos sentámos confortavelmente. A participante era afável e muito simpática, de discurso fácil e organizado. Quase nem me deu tempo de lhe explicar tudo ao pormenor, o que importava era contar a sua história, falar de si. Havia uma necessidade imperiosa de narrar a sua viagem ao passado e de alguém a ouvir....ouvir indubitavelmente, sem juízos de valor e sem grandes questões. Ficava tudo em aberto!

Ouvi com muita atenção tudo o que me disse, num discurso em que os contextos passados se entrecruzavam em múltiplas direções. Uma história de vida complicada, em que o passado atormenta o presente. Alternando o discurso rápido e claro com emoções à flor da pele, lá fomos andando pelos momentos que perpassam a gravidez até ao parto. Nunca fomos interrompidas por ninguém, só um gato que aparecia de vez em quando e me passava pelas pernas. Havia também um companheiro que volta e meia espreitava à porta para perceber em que ponto de situação estávamos, mas a participante rapidamente o mandava afastar-se e ir cuidar do jardim.

Levada a tornar presente o momento passado do parto e pós parto, as emoções exacerbaram-se e o choro era muito presente, pelo que questioneei a participante se queria continuar a fazer parte da investigação. Disse-me que sim, queria, queria falar, precisava disso e entendia que com a sua história poderia ajudar outras mulheres! Atendendo ao facto de a participante já estar há cerca de duas horas a falar e de forma muito emotiva a investigadora percecionou a necessidade da participante descansar, e assim, marcámos um novo encontro. Passados três dias, lá fui eu novamente ter com a participante desta narrativa.

Hoje estava tranquila, o local não era desconhecido e já me sentia confortável no contexto e com a participante. A partilha aberta dela para comigo fez com tivéssemos um mundo cheio de experiencias vividas relatadas que só nós as duas conhecíamos. O que se tinha passado no momento anterior da primeira entrevista, era único e singular entre nós as duas.

Com calma e tranquilidade lá estava a participante à minha espera, ela e o gato...

Sentámo-nos no mesmo sítio e partimos do momento em que ficámos. O discurso mantinha-se na continuidade do anterior e as emoções volta e meia eram muito presentes. Terminei a entrevista com a sensação de dever cumprido. Não há nada mais fundamental para um profissional de saúde e para um investigador como entrar nos contextos e na vida dos indivíduos a quem prestamos cuidados, só assim conseguiremos chegar à essência da enfermagem e ao tão proclamado cuidado individual.

...

Foi agendada a entrevista num dia feriado! Não havia trânsito e cheguei rapidamente ao meu destino. De ruas estreitas e casinhas pequeninas, havia muita gente na rua. Estacionei o carro e telefonei a informar que tinha chegado.

Rapidamente chegou ao pé de mim uma moça pequenina e de ar franzino, era *Irene (N4)*. Levou-me até casa dela...bom, não era bem uma casa! Arrepiei-me...o edifício era velho e as escadas eram de madeira que rangia quando subíamos. Era um quarto dentro de uma casa com vários quartos.

Subi até ao 2º andar e entrei para um quarto pequenino. Havia uma cama e pouco mais. Sentei-me na borda da cama e a minha participante sentou-se à minha frente. Olhei ao meu redor, as paredes estavam cobertas de fotos de uma criança.

Depois do esclarecimento das questões relativas à investigação, iniciámos a entrevista. De discurso organizado, a participante voltava ao seu passado. Contava as suas experiências vividas a alguém que não conhecia, como se conhecesse há muitos anos. Não haviam hesitações ou dúvidas.

Durante a nossa conversa, nunca fomos interrompidas e passadas cerca de duas horas sensivelmente, demos por terminado a entrevista, seguindo-se um momento mais descontraído, embora carregado de anseios e angústias por parte desta mulher. Tive a oportunidade de ver todas as fotografias que se encontravam na parede e em cada uma delas houve uma história para contar. Se uma foto levava a participante ao momento do nascimento da sua filha, outra foto fazia-a recordar o dia em que o filho teve alta, ou em que comeu a primeira papa. Havia também uma mala onde estavam as primeiras roupas, o enxoval que levou para o hospital e peças de roupa que aguardavam ser vestidas pelo filho quando este vier para junto da mãe.

Numa luta desenfreada pelo seu filho que ficou numa instituição, tendo a mãe sido obrigada a sair porque já não podia permanecer com este, esta mulher luta agora por arranjar trabalho (tal como um cem número de portugueses) porque só assim poderá ficar com o seu filho. E se não conseguir? Será o emprego um requisito prévio para se poder exercer a

maternidade? O que ficará mais caro ao estado? Manter estes meninos nas instituições ou mantê-los junto das suas mães com uma intervenção ativa dos serviços e dos profissionais de saúde na comunidade? Tenho-me indagado tanto sobre estas questões...

Durante o caminho de regresso a minha casa, penso no quanto é importante enquanto enfermeira entrar e estar dentro dos contextos de vida destas mulheres. Primeiro, porque me tornam melhor pessoa, mais humilde e mais centrada naquilo que na vida é fundamental (o essencial...ao invés do acessório), depois, espero que estas viagens ao passado por parte das participantes não sejam tão negativas quanto isso, mas que permitam a tomada de consciência dos seus percursos de vida, para que reorganizar o futuro seja possível. Por fim, que os resultados que se extraíam deste trabalho permitam que os enfermeiros possam estar numa das linhas da frente de apoio a estas mulheres. Será pedir muito?

...

Estávamos numa tarde quente e eu tinha estacionado o carro num local menos próprio o que levou a que já tivesse um papelinho branco no vidro do carro. Apesar disso, decidi deixá-lo no mesmo sítio, pagar por pagar, deixava o carro estar ali, porque a multa já ninguém me tirava e assim já podia ter o carro naquele estacionamento o resto do dia...estava pago!

Do estacionamento (ilegal) até ao bairro onde a participante (*Patrícia, N7*) da minha investigação morava eram uns quantos metros, que resolvi fazer a pé para não me perder. Durante o percurso liguei-lhe umas duas vezes com vista a validar se estava a fazer o trajeto correto. Ao chegar ao bairro, estavam dois senhores à minha espera, sendo um deles o marido da participante, que me orientou até à casa de ambos. À janela estava a participante a acenar-me efusivamente e a gesticular que a sua casa era ali!

Subi as escadas e entrei num apartamento onde ecoava o som de um pequeno cão que não parava de ladrar. Vacilei e senti medo, mas fui tranquilizada que o cão estava preso. Dirigi-me à sala e sentámo-nos as duas num cómodo sofá. Como o cão continuava a ladrar de forma ininterrupta, houve a necessidade de o 'calar' com uma sobremesa, para que a nossa entrevista decorresse sem barulho de fundo.

De diálogo aberto e seguindo as pequenas e poucas premissas que lhe dava, a participante foi recuando para momentos num tempo algo distante mas presente, em que os infortúnios de um passado próximo a fazem conjeturar uma mudança de vida que na totalidade ainda não aconteceu.

Se o discurso carregava alguns erros e enganos de uma vida difícil no passado, a perspectiva de futuro era feita de incertezas, onde o passado ainda espreitava o presente e o perigo das drogas ainda assombrava a vida desta mulher e do seu companheiro. Não detendo eu, um conhecimento profundo sobre o mundo das substâncias psicoativas (drogas), que me

permita dizer que sou uma perita na área, ouvi pela primeira vez nomes (em português calão) de drogas que nunca tinha ouvido, como ‘cavalo, burra, boi e droga do amor’. Sem nunca revelar no seu fâcies momentos de maior tristeza durante a entrevista, a participante falou sem rodeios do seu passado e do que a atormentava em termos futuros.

Aproximando-nos do término da entrevista, a participante levantou-se e pegou em cada moldura que estava em cima da cómoda da sala e contou-me a história que emoldurava cada foto da sua menina.

Chegada a hora de nos despedirmos, saí da casa da participante muito satisfeita, satisfeita por ter realizado mais uma entrevista, mas muito mais satisfeita por tudo aquilo que a nível pessoal tenho ganho com a realização das mesmas.

...

Estava preparada para realizar a minha última entrevista (*Aurora, N14*). Tinha conjuntamente com cada participante chegado ao fim desta grande viagem, feita de pequenos troços de caminhos mais ou menos fáceis de serem percorridos. Se ansiava que chegasse este dia com o sentimento de ter cumprido a missão a que me tinha proposto, sentia uma certa tristeza por deixar de estar no ‘terreno’.

Eram dezassete horas e nas instalações da Equipa de Tratamento (ET) aguardava pela última participante que se tinha mostrado disponível em participar no estudo. Primeiramente, tive contacto com o seu companheiro, já que este é que estava encarregue de levar os frascos de metadona. Passado cerca de dez minutos e estando este já a sair das instalações e referindo-me que se calhar a esposa não poderia vir ter comigo porque estava a trabalhar, lá avistámos a participante que corria desenfreadamente, ainda com o avental no regaço e a dizer-lhe bem alto “vai para casa que eu depois vou lá ter!”.

Chegou junto a mim com a respiração ofegante de quem tinha corrido a meia maratona para chegar à meta. Era uma mulher forte, com os seus trinta e muitos anos e com um ar muito simpático. Já recomposta da sua respiração, lá me disse “raios parta os homens que estão sempre com pressa para o que não lhes interessa! Ele que vá andando que eu já lá vou ter!”. Ofereci-lhe água que prontamente aceitou e entrámos para o gabinete que me foi cedido mais uma vez por uma das técnicas por empréstimo.

Sentámo-nos comodamente nas ‘famosas’ poltronas, que deveras estavam mais limpas, já que a sua utilização da nossa parte lhes tinha retirado algum pó. Iniciámos a entrevista e de forma aberta, a minha participante partilhava comigo momentos significativos da sua vida face à transição para o seu papel de mãe. Chegámos ao fim da entrevista passados cerca de quarenta minutos, não podendo esconder que me deu um prazer imenso ter estado

com esta mulher, pela sua força, pela sua alegria e pelo seu desbravamento! Uau! Aprendi tanto, caramba!

Durante este percurso da colheita de dados, que se iniciou a 26 de maio de 2015 e hoje termina (4 de agosto de 2015), encontrei, conheci, escutei, vivi e interagi pessoalmente com catorze mulheres, mulheres tão diferentes e tão iguais a mim! Nesta fase, não sei se os caminhos que com elas fui trilhando trarão resultados espantosos para o meu estudo, mas francamente foi para mim um enorme prazer ter visto o que vi, conhecido quem conheci e estado com quem estive e onde estive! Muito obrigado!

4.3 Implicações do Estudo

O estudo que nos propusemos desenvolver, partiu em primeira linha de uma indagação do investigador sustentada pela forma como este se situa com ele próprio, com os outros, no mundo e com o mundo, considerando que a experiência vivida é fonte de conhecimento.

A possibilidade da relevância que este estudo nos traz face à dimensão da problemática da transição para o papel maternal em mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, traduz-se em implicações para a prática clínica dos enfermeiros, para a disciplina, para a investigação em enfermagem e para o ensino.

Face às implicações deste estudo para a prática clínica, entendemos, que somente pelo conhecimento do vivido é que o enfermeiro será capaz de prestar cuidados significativos. Pela disseminação dos achados deste estudo, os enfermeiros poderão junto destas mulheres desenvolver intervenções de enfermagem e programas multidisciplinares que facilitem o processo de transição para o papel maternal, permitindo o ajustamento e a adaptação a uma transição especialmente crítica. Por outro, a possibilidade de compreensão da experiência vivida dos seres humanos permitirá aos enfermeiros focarem-se nas respostas humanas à doença e aos processos de vida (Carter & Little, 2007; Meleis, 2011), e com base nestas, desenvolverem a sua prestação de cuidados de enfermagem no respeito pela autonomia, dignidade, integridade e privacidade do cliente.

Se no que é revelado, a consecução maternal é possível para estas mulheres com a construção de uma identidade materna, pede-se especialmente aos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com um enfoque multidisciplinar e com o contributo de outras áreas de especialidade como é o caso da enfermagem de saúde mental, da enfermagem de saúde da criança e do jovem e da enfermagem comunitária, que

concebam, planeiem, coordenem, supervisionem, implementem e avaliem programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal, na adaptação à gravidez, ao longo do trabalho de parto e parto e no período pós parto, especialmente destinados a grupos vulneráveis como é o caso das participantes neste estudo.

Para além do vivido, percebemos através dos contextos vividos por estas mulheres, que muitas delas não se encontravam inscritas em centros de saúde, e que portanto, constituem-se como seres humanos 'invisíveis' para os serviços de saúde. Se este trabalho pode contribuir de alguma forma para tornar visível a invisibilidade humana, parece-nos que dele decorre também, a necessidade efetiva de uma parceria nos cuidados prestados a estas mulheres, quer pelos profissionais que integram os centros de respostas integradas, os hospitais/maternidades e os centros de saúde. Se a intervenção do enfermeiro ao nível dos cuidados de saúde diferenciados é de extrema importância, acreditamos que os enfermeiros que desenvolvem os cuidados de enfermagem na comunidade constituem-se pedras basilares no apoio, na reabilitação, reintegração e capacitação destas mulheres-mães. Através das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma das unidades funcionais integradas nos centros de saúde onde são prestados cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco (Artigo 7.º do Decreto Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro), os enfermeiros podem e devem intervir junto destas mulheres, facilitando as transições simultâneas que estas mulheres com problemas de adição experienciam, aproveitando estes, os vários momentos que constituem a transição para o papel maternal, como janela de oportunidade para intervir junto das mesmas.

Para a disciplina de enfermagem e para a investigação, pensamos que o nosso estudo põe a descoberto uma realidade e um contexto conhecido mas pouco estudado pelos enfermeiros. Focando-nos na experiência vivida na primeira pessoa, o mesmo traduz indubitáveis ganhos para a compreensão do fenómeno da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, contribuindo para o conhecimento científico que tende a edificar a construção da disciplina de enfermagem.

Se o cuidar em enfermagem é uma prática que se constrói na interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento, o enfermeiro, para que possa desenvolver os cuidados de enfermagem face à pessoa que cuida, deve colocar a 'lente' para a experiência vivida de quem é cuidado.

A investigação em enfermagem "é indispensável para compreender e explicar fenómenos e sempre que possível relacioná-los com outros fenómenos e assim ir consolidando

um enquadramento teórico que caracteriza a disciplina, independentemente de alguns casos ajudar a resolver problemas” (Basto, 2009, p.12), em que fenomenologia substancia a conceptualização e teorização em enfermagem, permitindo em subsequência, o desenvolvimento de outros tipos de estudo. Porque as situações de saúde vividas pelas pessoas que são o foco dos cuidados de enfermagem, julgamos necessário o desenvolvimento de projetos de intervenção junto de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas que estão a vivenciar o fenómeno da transição para o papel maternal, e sua avaliação, para que se possa identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Só desta forma, as diferentes investigações que se possam desenvolver neste domínio, trarão no futuro contributos significativos para a vida destas mulheres, destas crianças, destas famílias e da sociedade.

Ao nível do ensino da enfermagem, especialmente no que concerne aos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, possivelmente, tornamos pouco evidente os contextos de grande vulnerabilidade em que a transição para o papel maternal pode ser vivida, centrando-nos na normatividade desta transição, o que não prepara os estudantes de enfermagem e futuros profissionais, para os encontros com a realidade vivida e subjetiva de cada ser humano a quem vão prestar cuidados.

No que concerne à formação pós graduada em enfermagem, nomeadamente à formação no âmbito das pós licenciaturas em enfermagem/mestrados em enfermagem, encontrámos em diferentes programas das unidades curriculares que analisámos, abordagens a esta problemática nos domínios da enfermagem de saúde materna e da saúde mental, no entanto, entendemos que uma visão integrativa do fenómeno da adição (muito explorado no domínio da enfermagem de saúde mental) e da transição para o papel maternal (muito explorado no domínio da enfermagem de saúde materna) seria especialmente interessante e importante, para que posteriormente estes profissionais juntos, pudessem conceber cuidados de enfermagem mais significativos e específicos a estas populações.

4.4 Considerações Finais

Com o objetivo de compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, procurámos desocultar o fenómeno da transição para o papel maternal nestas mulheres revelado nas temáticas: ‘O Situar-se na História de Consumos’, ‘O Sentir-se Investida/Cuidada’, ‘O Situar-se no seu Passado’, ‘O Sentir-se Desinvestida/Não

Cuidada', 'O Situar-se na Díade Mãe-Filho', O Valorizar o Presente e Projetar o Futuro' e 'O Situar-se no Projeto de maternidade'.

Através de um estudo de natureza qualitativa de desenho fenomenológico e interpretativo, inspirado na fenomenologia existencial de Heidegger e na hermenêutica de Gadamer, permitiu-nos aceder ao fenómeno em estudo, à sua apreensão e compreensão.

Entendemos que fenómeno estudado e a abordagem metodológica para aceder ao mesmo, possibilitou o acesso ao mundo vivido de mulheres num contexto de especial enfoque para a atuação do enfermeiro.

Partindo de um ambiente familiar instável e na presença de um companheiro desviante, estas mulheres vivenciam a gravidez com ambivalência, vislumbrando na mesma a oportunidade de mudança. Do trabalho de parto e parto, emergem das suas narrativas as dores sentidas, associadas ao sentimento de felicidade, amor e vínculo aos seus bebés, ancorados simultaneamente no medo de alterações/malformações no bebé e na tristeza de separação mãe/filho.

Focalizando-as para o período pós parto, estas mulheres exprimem-nos a culpa por uma história de vida passada e uma necessidade premente em cortar com este, onde o orgulho em sentirem-se mães e a capacidade de cuidarem dos seus filhos se engaja na ligação/vinculação aos seus bebés.

Do primeiro ano de vida de seus filhos, estas mulheres voltam a enfatizar todas as implicações que decorreram para as suas vidas pela presença de um companheiro desviante, manifestando revolta face às exigências de um futuro, em relação às instituições e técnicos de segurança social e perante a (possibilidade de) institucionalização do filho. Procurando projetarem-se no futuro, as mesmas expressam o sentir estigma social em relação à capacidade em serem mães e o sentir-se vigiadas por outros.

Através deste estudo, os enfermeiros poderão aceder à experiência vivida destas mulheres e com estes achados melhorar a sua atividade assistencial a estas, ou a outras mulheres, tão iguais e tão diferentes destas.

A realização deste estudo foi feita de desafios e de algumas dificuldades, mas que foram facilmente ultrapassadas pelo gosto da investigadora no seu trabalho. Efetivamente este estudo tem a alma da investigadora, porque se dedicou de coração cheio, porque esteve no contexto destas mulheres, porque partilhou com elas momentos, porque aprendeu muito e porque também ela teve a capacidade de se transcender.

Realizar um estudo de natureza qualitativa de desenho fenomenológico não é fácil, porque são inúmeras as leituras que temos de fazer e porque trilhamos caminhos na

fenomenologia que não conhecemos, em que somente pela dedicação e pela escrita e reescrita é que nos conseguimos aproximar de um possível resultado final inacabado.

Mais que dificuldades, as oportunidades foram muitas. Não é possível, nem nunca será, passar para estas folhas o quanto se aprendeu com este trabalho, mas mais que cento e pouco folhas de um trabalho de investigação, ficou de aprendizagem o quanto cada vivido de cada uma destas mulheres significou. A partir da divulgação dos nossos achados, este trabalho ficará exposto ao mundo, acreditando também que através dele se possa contribuir para o desenvolvimento da enfermagem, enquanto domínio científico com um corpo de conhecimento próprio, mas não alienado do olhar dos outros que conosco partilham espaços de atuação clínica. Só através de um olhar e de uma discussão dos fenómenos com uma abordagem transdisciplinar é que encontraremos a singularidade justificada do que cada um (enquanto profissional) deve estar atento. Acreditando que é pela partilha que todos evoluímos, o entendimento da vulnerabilidade acrescida a que estas mulheres e meninos estão expostos é compromisso de todos.

São muitas as variáveis que alicerçam o fenómeno em estudo, portanto, ao nível de futuros trabalhos de investigação e como sugestão, seria importante explorar e determinar a influência de fatores que podem ser facilitadores ou inibidores do processo de transição para o papel parental nestas mulheres, com recurso a outras abordagens metodológicas. Por outro, seria também muito interessante, desenvolver e avaliar o impacto de um projeto de intervenção favorecedor da transição para o papel maternal neste contexto.

Este trabalho faz emergir um conjunto de oportunidades e desafios. Pelo que fomos concluindo ao longo da realização deste estudo, entendemos que precisamos de um trabalho mais articulado entre os diferentes Centros de Respostas Integradas, os Centros de Saúde e os Hospitais/Maternidades; precisamos de uma efetiva rede de apoios na comunidade a estas mulheres; precisamos de estar com estas mulheres lado a lado nos seus contextos e nos seus domicílios e precisamos de ajudar no processo de as reabilitar, integrar e capacitar para serem mães...porque possivelmente, em alguns casos, teríamos sucesso!

“E alguém exclamou após alguns minutos de silêncio arrebatado
‘O mundo poderia ser tão belo!’ “ (Frankl, 1987, p.33).

Referências Bibliográficas

- Allen, M. N. & Jenson, L. (1990). Hermeneutical inquiry, meaning and scope. *Western Journal of Nursing Research*, 12(2), 2411-253.
- Alves, M. (2012). Da Fenomenologia à Ética: Uma Breve Análise desde o Pensamento de Levinas. *Thaumazein*, Ano V, 10, 43-52. Recuperado de <http://sites.unifra.br/thaumazein>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores
- Banwell, C. & Bammer, G. (2006). Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use. *International Journal of Drug Policy*, 17, 504–513.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, Vol. 13, N.º 2.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. New York: Springer Publishing Company.
- Bicca, L. (1997). Ipseidade, Angústia e Autenticidade. *Revista Síntese*, Belo Horizonte, v.87, n. 24 (76).
- Bjørg, H., Morten, L. & Elin, R. (2007). Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health*, 7 (322). doi:10.1186/1471-2458-7-322
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. D. (2004). *Enfermeria Materno-infantil*. Espanha: Harcourt Brace.
- Bochner, A. P. (2001). Narrative's Virtues. *Communication Faculty Publications*. Paper 15. http://scholarcommons.usf.edu/spe_facpub/15.
- Borges, C. & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência*. Manual Técnico 1. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brudenell, I. (1997). A Grounded Theory of Protecting Recovery during Transition to Motherhood. *Journal Drug Alcohol Abuse*, 23(3), 453-466.

- Bussel J. C., Spitz B. & Demyttenaere K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders*, 114, 232–242.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, A. (2002). *Fulgurações do Eu. Indivíduo e singularidade no pensamento do Renascimento*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Letras: Edições Colibri.
- Cardoso, S. (2004). *Mulheres Toxicodependentes. O Género na Desviância*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na Área de Especialização em Comportamento Desviante/Toxicodependências. Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Carter, S. & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), p. 1316-1328.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. Chinn (Ed.). *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Cohen, M. Z., Phillips, J. M. & Palos, G. (2001). Qualitative research with diverse populations. *Seminars Oncology Nursing*, Aug, 17 (3), pp. 190-6.
- Cohen, M., Kahn, D. & Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Colaizzi, P. (1978). *Psychological Research as the Phenomenologist Views It*. In: Valle, Ronald S.; King, M. *Existential Phenomenological Alternativas for Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Conselho da União Europeia (2012). *Plano de Ação da UE em matéria de luta contra a droga (2013-2020)*. Bruxelas.
- Coyer, S. (2001). Mothers Recovering From Cocaine Addiction: Factors Affecting Parenting Skills. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 30(1), 71-79.

- Debesay, J., Nåden, D. & Slettebø, Å. (2008). How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*, 15(1), 57–66.
- Diário da República (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008*, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008.
- Diário da República (2014). *Despacho n.º 2976/2014*, 2.ª série — N.º 37 — 21 de fevereiro de 2014.
- Dilthey, W. (1949). *Introduction a Las Ciencias Del Espiritu*. Fondo de Cultura Economica. México: Buenos Aires.
- Dilthey, W. (1988). *L'édification du monde historique dans les sciences de l'esprit*, Paris, Cerf, p.5. 4 GS, VII, p. 87.
- Dilthey, W. (1989). *Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History*. (R., Bezantos, Trans.) Detroit: Wayne State University Press.
- Direção-Geral da Saúde (2009). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/>
- Dowling, M. (2007). From Husserl to Van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 131-142.
- Emmanuel, E. & St John, W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9):2104-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05371.x.
- Fernandes, R. & Narchi, N. (2007). *Enfermagem e saúde da mulher*. São Paulo: Editora Manole.
- Filho, J. (2010). Heidegger e a Concepção de “Outro” em Ser e Tempo. *Revista Aproximação*, 3, 56-76.
- Fleming, V., Gaidys, U. & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*, 10 (2), 113–120.
- Frankl, V. (1987). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. Porto Alegre: Sulina.

- Frazão, C., Pereira, E., Teles, L. & Amaro, F. (2001). *Mulher toxicodependente e o planeamento familiar, a gravidez e a maternidade*. Lisboa: Fundação Nossa Sr^a Bom Sucesso.
- Frois, D. & Figueiredo, H. (2004). *Atitudes Terapêuticas não farmacológicas no alívio da dor*. Viseu: Hospital de São Teotónio de Viseu.
- Gadamer, H-G. (1999). *Verdade e método I: traços fundamentais de mais uma hermenêutica filosófica*. Traduzido por Flávio Paulo Meurer. Bragança Paulista, SP: Universitária São Francisco; Petrópolis: Vozes.
- Gadamer, H-G. (2002). *Verdade e Método II*. Complementos e Índice. Petrópolis: Vozes. 78.
- Gadamer, H-G. (2004). *Truth and Method*. London: Continuum Publishing Group, 56 et. seq.
- Galera S., Bernal M. & O'Brien, B. (2005). Mulheres Vivendo no Contexto de Drogas (e Violência) – Papel Maternal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, novembro-dezembro.
- Giles, T. R. (1975). *História do existencialismo e da fenomenologia*. Trad. Antônio Paim. São Paulo, EPU.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gonçalves, R., Garcia, F., Dantas, J. & Edwald, A. (2008). Merleau- Ponty, Sartre e Heidegger: três concepções de fenomenologia, três grandes filósofos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8 (2), 402- 435.
- Graça, L. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno* (Tese de Doutoramento). Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3710>
- Graça, L., Figueiredo, M. & Carreira, M. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 4, 27-35.
- Greavette, A. (2016). *Mãe representa em pinturas a beleza e a força da gravidez e do parto*. Recuperado de <http://mdemulher.abril.com.br/familia/bebe/mae-representa-em-pinturas-a-beleza-e-a-forca-da-gravidez-e-do-parto>

- Guerreiro, C. (2001). Reflexões sobre a mulher toxicodependente e a gravidez, in *A mulher toxicodependente e o planeamento familiar, a gravidez e a maternidade*. Lisboa: Edição da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Haight, W., Carter-Black, J. & Sheridan, K. (2009). Mothers' experience of methamphetamine addiction: A case-based analysis of rural, midwestern women. *Children and Youth Services Review*, 31, 71–77.
- Heidegger, M. (1977). *Der Ursprung des Kunstwerks*. Tradução de Maria da Conceição Costa (2008). A Origem da Obra de Arte. Lisboa: Edições 70.
- Heidegger, M. (2001). *Seminários de Zollikon*. Editado por Medard Boss, Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Heidegger, M. (2001a). *Being and time*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927).
- Heidegger, M. (2012). *Ser e Tempo*. Tradução, organização, nota prévia, anexos e notas de Fausto Castilho. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Henriques, C., Botelho, M. & Catarino, H. (2015). Transition to the Maternal Role in Women with Addiction Problems to Psychoactive Substances - Conceptual Map. *International Journal of Nursing*, December 2015, Vol. 2 (2), 1-9 DOI: 10.15640/ijn.v2n2a1
- Henriques, C., Botelho, M., Henriques, M. & Vaz D. (2015). Systematic review of experiences into motherhood transition felt by women undergoing substance abuse treatment. *Mitteilungen Klosterneuburg*, 65 (1), 396-411.
- Hernandez, J. & Hutz, C. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Revista Psico*. 40 (4), 414-421.
- Hodges, H., Keeley, A. & Grier, E. (2001). Masterworks of art and chronic illness experiences in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 389–398.
- Hung CH., Lin CJ., Stocker J. & Yu CY. (2011). Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (5-6), 666-74. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03555.x.

- Instituto da Droga e Toxicod dependência (2006). *Normas Orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas de Opiáceos*. Lisboa: IDT.
- International Council of Nurses (2011). *International Classification for Nursing Practice (ICNP®)*. Recuperado de <http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>
- International Council of Nurses (2012). *Women's health. Position Statement*. Recuperado de www.icn.ch
- International Council of Nurses (2013). *International Classification for Nursing Practice (ICNP®)*. Recuperado de <http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-translations/>
- Jones, J. & Borbasi, S. (2004). *Interpretive research: weaving a phenomenological text*. In: Clare, J., Hamilton, H. (Eds.), *Writing Research. Transforming Data into Text*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 85–101.
- Laverty, S. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 1-29.
- León, E. (2009). The hermeneutic turn on Martin Heidegger's phenomenology. *Revista polis*. Universidade Bolivariana, 22. Recuperado de <http://www.revistapolis.cl>
- Lévinas, E. (1992). *Éthique comme philosophie première*. Paris: Rivages.
- Lévinas, E. (2013). *Ética e Infinito*. Lisboa: Edições 70.
- Lévinas, E. (2014). *Totalidade e Infinito* (3.ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Levy, V. (2006). Protective steering: a grounded theory study of the processes by which midwives facilitate informed choices during pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 114–124.
- Lewis, C. S. (1986). *Os quatro amores* (2ª ed.). São Paulo. Brasil: Mundo Cristão.
- Lopes, J. (2012). *Ser Cuidado por Um Enfermeiro Gestor de Caso. A Experiência Vivida da Pessoa com Problemas de Adição*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7296>

- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.
- Lyotard, J-F. (2008). *A Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Machado, M., Alves, M. & Couceiro, M. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 42(5), 195-204.
- Makkreel, R. & Rodi, F. (Eds.). (1985). Wilhelm Dilthey: Selected Works. *Poetry and Experience*, Volume V. New Jersey: Princeton University Press
- Mantzavinos, C. (2005). *Naturalistic Hermeneutics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Martins, C. (2008). *Transição para a Parentalidade*. Programa de Doutoramento em Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: re-definition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins.
- Mercer, R. (1980). Teenage motherhood: The first year. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 9, 16-27.
- Mercer, R. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73-77.
- Mercer, R. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34, 198-204.

- Mercer, R. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- Mercer, R. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer.
- Mercer, R. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mercer, R., & Walker, L. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35, 568–582.
- Merleau-Ponty, M. (2010). *Phenomenology of perception*. New York: Routledge Classics.
- Monteiro, R. (2005). *O Que Dizem As Mães: Mulheres Trabalhadoras e suas Experiências*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Moreira, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thompson.
- Moreira, V. (2010). Husserl's and Heidegger's Possible Contributions to Clinical Phenomenology. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 4, 723-731.
- Muñoz, L., Sanchez, X., Arcos, E., Vollrath, A. & Bonatti, C. (2013). Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4), julho – agosto.
- Nardi D. (1998). Addiction Recovery for Low-Income Pregnant and Parenting Women: A Process of Becoming. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XII, No. 2 (April), 81-89.
- Naves, G. (2009). Liberdade e Autenticidade em Martin Heidegger: Uma Análise Fenomenológica do Homem. *Poros*, Uberlândia, 1(1), 63-77.
- Newman, M., Sime, A. & Corcoran-Perry, S. (1991). The Focus of the Discipline of Nursing. *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers, 14(1). In E. Polifroni & M. Welch (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott.
- Nicholls, L. & Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 414 - 429.

- Nunes, B. (2002). *Heidegger & Ser e Tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Nystedt A., Hogberg U. & Lundman, B. (2008). Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 250-8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04636.x
- Nystrom, K. & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 319 - 330.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2000). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Recuperado de http://www.emcdda.org/publications/publications_annrep.shtml
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Recuperado de www.ordemenfermeiros.pt.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Recuperado de www.ordemenfermeiros.pt.
- Palminha, J., Lucas, A., Vasconcelos, M., Manteigas, M., Mano, M., Costa, M., Domingos, M., Marques, M., Cordeiro, M., Sardinha, L., Silva, M. & Nunes, J. (1993). *Os filhos dos toxicodependentes. Novo grupo de risco bio-psico-social*. Porto: Bial.
- Panchanadeswaran, S. & Jayasundara, D. (2012). Experiences of Drug Use and Parenting among Women in Substance Abuse Treatment: An Exploratory Study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(8), 971-987. doi: 10.1080/10911359.2012.707943.
- Parratt, J. (2010). *Feeling Like a Genius: Enhancing Women's Changing Embodied Self During First Childbearing* (PhD Thesis). School of Nursing and Midwifery. University of Newcastle, Newcastle, NSW.
- Parratt, J. & Fahy, K. (2008). Including the nonrational is sensible midwifery. *Women and Birth*, 21, 37-42.

- Parratt, J. & Fahy, K. (2011). A feminist critique of foundational nursing research and theory on transition to motherhood. *Midwifery*, 27, 445–451. Recuperado de www.elsevier.com/midw.
- Parse, R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks.
- Paterson, J. & Zderad, L. (1988). *Humanistic Nursing*. The Project Gutenberg eBook. Recuperado de <http://www.gutenberg.org/ebooks/25020>.
- Paz, I. (1996). Toxicodependência: repercussões na saúde materno-infantil recém nascidos filhos de mães toxicodependentes. *Servir*, 44 (5), p. 242-246.
- Pires, C., Azevedo, L. & Brandão, S. (2006). *Psicologia B: A entrada na Vida*. Porto: Areal Editores.
- Prata, M. C. C. F. (2009). *Aconselhamento no puerpério: Efeitos na autoestima*. Dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade do Algarve.
- Radcliffe, P. (2011). Motherhood, pregnancy, and the negotiation of identity: The moral career of drug treatment. *Social Science & Medicine*, 72, 984-991.
- Remoaldo, P. (2005). Os Desafios da Saúde Materno-Infantil Portuguesa nos Inícios do Século XXI. *Cuadernos Geográficos*, 36, 553-561.
- Rhodes, T., Bernays, S. & Houmoller, K. (2010). Parents who use drugs: Accounting for damage and its limitation. *Social Science & Medicine*, 71, 1489-1497.
- Ricoeur, P. (1913). *Tempo e narrativa*. Tradução Marina Appenzeller: Revisão técnica de Maria Penha Villela-Petit. Campinas, SP: Papyrus, 1994.
- Ricoeur, P. (1986). *Du texte à l'action: essais d'hermeneutique II*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1990a). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1990b). *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Roberts, S. & Pies, C. (2011). Drug Use During Pregnancy Becomes a Barrier to Prenatal Care. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 333–341. doi: 10.1007/s10995-010-0594-7.

- Rocha, A., Monteiro, C., Ferreira, M. & Duarte, J. (2010). *Cuidados no Alívio da Dor: Perspetiva da Parturiente*. Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, 299-309.
- Rosa, A. & Felisberto, A. (2000). *Toxicoddependência: Aspectos Actuais de Tratamento*. Coimbra: Lilly Farma Produtos Farmacêuticos.
- Rosa, A., Gomes, J. & Carvalho, M. (2000). *Toxicoddependência: Arte de Cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Rosenblum, O. (1992). Un Lieu Our Les Mamans Toxicomanes et Leur Bébé. *Journal de Pédiatrice et de Puericulture*, 7, 428-434.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part 1. Processes. *Nursing Research*, 16, 237-245.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4, 143-153.
- Rubin, R. (1984). *Maternal Identity and the Maternal Experience*. New York: Springer.
- Santos, J. (2013). A linguagem na hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer. *Revista Pandora Brasil*, nº57, 83-98.
- Savin-Baden M. & Major C. (2013). *Qualitative Research. The essential guide to theory and practice*. New York: Routledge.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). *Políticas da droga em Portugal*. Recuperado de <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.
- Silva, A. (2011). *Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto*. Dissertação de mestrado na área científica de psicologia do desenvolvimento. Faculdade de psicologia de ciências da educação – Universidade de Coimbra.

- Silva, I. & Lopes, R. (2011). Relação Conjugal no Contexto de Reprodução Assistida: O Tratamento e a Gravidez. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 27 (4), 449-457.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2013). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications Ltd.
- Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de Adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing – Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott: Williams & Williams.
- Tinoco, J. L. (1976). *No Teu Poema*. Recuperado de <https://www.letras.mus.br/carlos-do-carmo/483798/>
- Timm, T. & Blow, A. (2005). The family life cycle and the genogram. In Cierpka, M., Thomas, V., & Sprenkle, D. H. (Eds.). *Family Assessment: integrating multiple clinical perspectives*. Hogrefe: Toronto.
- Torres, A. (2010). *Fotografia e Desocultação da Memória*. Apresentação do livro do Prof Inácio Rebelo de Andrade. Recuperado de http://www.adelinotorres.info/filosofia/adelino_torres_fotografia_e_desocultacao_da_memoria.pdf
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2000). *Demand Reduction. A Glossary of Terms*. ODCCP Studies on Drugs and Crime – Guidelines. Recuperado de http://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf
- Van Kaam, A. (1959). A phenomenological analysis exemplified by the feeling of being really understood. *Individual Psychology*, 15, 66-72.
- Van Manen, M. (1990). Researching Lived Experience. *Researching lived experience, human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.
- Van Manen, M. (2007). *Phenomenology & Practice*, Volume 1, nº. 1, 11 – 30.
- Van Manen, M. (2010). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: Suny Series

- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. California: Left Coast Press, Inc.
- Velez, M., Janson, L., Montoya, I., Schweitzer, W., Golden, A. & Svikis, D. (2004). Parenting knowledge among substance abusing women in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 215 – 222. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2004.07.004>
- Walker, W. (2007). Ethical considerations in phenomenological research. *NurseResearcher*, 14(3), 36-45.
- Watson, J. (1985). *Nursing: human science and human care*. East NorwalkCT: Appleton Century Grofts.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2004). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2ªEd. United Kingdom: Copyrighted Material.
- Weaver, K. & Olson, J. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4).
- Whiting, L. S. (2008). Semi-structured interviews: Guidance for novice researchers. *Nursing Standard*, 22(23), 35-40.
- World Health Organization (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>
- World Health Organization (2008). *The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Recuperado de http://ww.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf.
- World Health Organization (2010). *Global Strategy for Womens and Childrens Health*. United Nations Secretary-General. United Nations General-Secretary, Ban Ki-Moon. Recuperado de <http://who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/>
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J. (2013). Mental Health Stigma: Where do We Stand? *Psilogos*, Vol.11, nº2.

Anexos

Anexo I – Referenciação de Potenciais Participantes



Declaração do Profissional de Saúde - Referenciação de Potenciais Participantes

Confirmo que informei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, a possibilidade, caso assim o entenda, de participar no estudo desenvolvido pela investigadora Carolina Miguel Graça Henriques, intitulado '*Transição para o Papel Maternal: A Experiência Vivida de Mulheres com Problemas de Adição a Substâncias Psicoativas*', indicando ainda que o objetivo deste estudo passa por compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, com recurso à realização de entrevistas.

Também garanti que, em caso de recusa, não serão adotados quaisquer procedimentos discriminatórios no contexto da sua assistência nesta equipa de tratamento.

Nome legível do/a Profissional de Saúde: _____

Data ___/___/_____ Assinatura _____

Declaração da Utente

Declaro que recebi do Profissional de Saúde acima referenciado, a informação relativa à possibilidade de participação na investigação intitulada '*Transição para o Papel Maternal: A Experiência Vivida de Mulheres com Problemas de Adição a Substâncias Psicoativas*'. Foi-me dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e, para todas elas, obtive resposta esclarecedora. Considero ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre este assunto.

Desta forma, autorizo___/não autorizo___ (colocar uma cruz - X) que seja dado o meu nome e o meu contacto à investigadora, sendo que a minha referenciação não implica a obrigatoriedade em participar no estudo. Serão dadas mais informações relativamente ao mesmo, tal como o termo de aceitação após consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação.

Nome legível da utente: _____

Data ___/___/_____ Assinatura _____

Anexo II – Consentimento e Termo de Aceitação



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação

Carolina Miguel Graça Henriques, Professora Adjunta da carreira do ensino superior politécnico na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, encontra-se a frequentar o Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sendo o seu projeto de doutoramento intitulado '*Transição para o Papel Maternal: A Experiência Vivida de Mulheres com Problemas de Adição a Substâncias Psicoativas*'.

A presente investigação é orientada pela Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho (docente da Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) e co-orientada pela Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino (docente da Escola superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria).

Tratando-se de um estudo situado no paradigma qualitativo, de desenho fenomenológico e interpretativo, a colheita de dados refere-se à realização de entrevistas a mães que aceitem participar no estudo e que estejam ao abrigo de programas terapêuticos (substituição narcótica de opiáceos). As entrevistas com uma abordagem não estruturada tem como objetivo *compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas*. As mesmas serão gravadas em suporte áudio, sendo posteriormente codificadas, de forma a que a confidencialidade da sua identidade seja protegida. Para tal recorrer-se-á a pseudónimos de todos os nomes e locais mencionados e serão omitidos os detalhes que possam permitir a identificação dos entrevistados e das pessoas e locais a que se refere. Prevê-se a realização de um ou dois encontros para a realização das mesmas, em datas, horas e locais definidos de acordo com a sua disponibilidade, garantindo a destruição das gravações no fim do estudo.

A investigadora,

Carolina Miguel Graça Henriques, Professora do Ensino Superior, Escola Superior de Saúde de leiria – Instituto politécnico de Leiria, 913146817, carolina.henriques@ipleiria.pt

Assinatura

Termo de Aceitação

Atendendo a que participação no estudo é voluntária e desta não decorre quaisquer benefícios ou prejuízos no meu processo de tratamento, fui devidamente informada que o objetivo do estudo é *compreender a experiência vivida da **transição para o papel maternal** de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas*, sendo a informação recolhida através de entrevista, gravada em suporte áudio para posterior transcrição exclusivamente por parte do investigador, em que os dados são anónimos e confidenciais e se destinam exclusivamente a serem utilizados para esta investigação, podendo recusar em qualquer momento participar na mesma. Foi dada a garantia por parte do investigador, que as transcrições das entrevistas não me identificam e que os meus dados pessoais e íntimos não serão partilhados sem a minha autorização.

Desta forma, eu, abaixo assino, concordando em colaborar nesta investigação,

Data: __/__/____

Assinatura:

Anexo III – Autorização pela Administração Regional de Saúde do Centro



ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

006827 '15 04-14 13:32

Exma. Senhora
Prof^a Carolina Miguel Graça Henriques

carolina.henriques@ipleiria.pt

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Transição para o papel maternal: a experiência vivida de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas"

Serve o presente para informar V. Ex^a., que o Conselho Diretivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

Anexo IV – Parecer do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Exma. Sra. Prof^a Carolina Henriques

Com a integração da área dos comportamentos aditivos e dependências nas ARS, os nossos serviços ficaram a estar sobre as orientações superiores da ARS Centro.

No que respeita à realização de trabalhos científicos nos quais os nossos serviços têm participação activa, a autorização está dependente do parecer da Comissão de Ética da ARS Centro.

Neste sentido, sugeria que através do site da ARS Centro e na página da Comissão de Ética, preenchesse o formulário para submissão de pedidos de apreciação.

Só depois do parecer da Comissão de Ética, poderemos dar autorização para a realização do trabalho.

Da parte da DICAD há todo o interesse na realização do estudo que propõe e o CRI de Leiria através da Coordenadora mostrou disponibilidade para colaborar no que entender ser necessário para a efectivação do trabalho.

Com os melhores cumprimentos

Rocha Almeida

Coordenador da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da ARS Centro

Rua Bissaya Barreto, nº 52 – 1º Esqº

3000 - 075 Coimbra

Tel. 239 792 057

Fax. 239 792 059



A cuidar dos portugueses

Anexo V – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Apresenta-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde. 9.4.2015</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P. ----- Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,
---	---

ASSUNTO: 11/2015 - Transição para o papel maternal: a experiência vivida de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas

Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cabral
Vogal,

Dr.ª Maria Augusta Mota
Vogal,

O projeto de investigação proposto é de particular relevância. Interessante e inovador. O CV da doutoranda é notável.

O projeto está bem estruturado e documentado. Rico em referências e denota um cuidado de tratamento das questões numa perspetiva multidisciplinar.

Após a retificação anteriormente referida o parecer passa a ser favorável.

O Relator

(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)